

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 Juillet, à 1 heure

Par ACHILLE POGNON

Né à Marville (Meuse), le 14 novembre 1863,

Ancien externe des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FORMES CLINIQUES
DE LA MALADIE OURLIENNE

*Président : M. PROUST, Professeur.**Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
RAYMOND et VILLEJEAN, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST,

Membre de l'Académie de médecine,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,

Officier de la Légion d'honneur, etc.

A LA MÉMOIRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

INTRODUCTION

Nous avons eu il y a quelque temps l'occasion d'observer, dans le service de M. le docteur Tapret, des cas d'oreillons, l'un à forme commune, régulière, un autre à forme grave, qui nous ont donné l'idée de choisir comme sujet de notre thèse inaugurale ce point de pathologie clinique.

Les oreillons, par leur localisations multiples et successives, réalisent l'exemple le plus net de la maladie à métastases, telle que la concevaient les auteurs anciens. Sans nous attarder à discuter cette théorie aujourd'hui discréditée, nous admettrons dès l'abord, et pour n'y plus revenir, que toute manifestation nouvelle est le résultat d'une nouvelle colonisation de l'agent pathogène.

Si cette façon d'envisager la maladie réduit au minimum le chapitre des complications, par contre elle élargit considérablement le cadre des formes cliniques.

Procédant comme à l'habitude de le faire notre maître dans ses causeries du samedi, comme lui nous décrirons les oreillons tels qu'on les observe, et sous leurs formes habituelles et sous les allures particu-

lières qu'ils peuvent revêtir en certaines circonstances ; comme lui nous chercherons à faire de ces formes autant de types cliniques, montrant chemin faisant quelle est leur évolution et avec quelles affections on pourrait les confondre.

Nous espérons donner ainsi une idée nette et précise d'une maladie qui doit à la variabilité même de ses manifestations de présenter souvent de sérieuses difficultés de diagnostics.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis de remercier cordialement notre maître M. Tapret. C'est grâce à ses conseils, aux documents qu'il nous a fournis, que nous avons pu accomplir notre tâche ; et si notre travail présente quelque intérêt, c'est bien à lui que nous le devons.

Nous sommes heureux de pouvoir ici exprimer notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Trélat, MM. Millard, d'Heilly, Landouzy, Tennesson, Renaut, Routier et Maygrier.

Nous remercions aussi M. le professeur Proust, dont nous nous honorons d'avoir été l'élève, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Depuis les temps les plus reculés, l'affection désignée sous le nom d'oreillon a été connue et a attiré l'attention des observateurs. Nous n'avons pas l'intention de faire dans ce chapitre une revue complète de tous les travaux auxquels a donné lieu l'histoire de cette bizarre maladie. L'historique a déjà été fait dans les nombreuses thèses qui ont paru sur ce sujet dans ces derniers temps. Aussi nous ne nous y arrêterons guère, nous réservant d'y revenir en étudiant chacune des diverses manifestations de la maladie.

Sans remonter jusqu'à Hippocrate, qui déjà décrivait les accidents primitifs et la localisation testiculaire dans son livre *des épidémies*, on peut dire que l'histoire des oreillons ne commence qu'au siècle dernier. On trouve alors de nombreuses relations d'épidémies, consciencieusement observées et décrites avec soin; nous ne pouvons que citer rapidement les noms de Gaspari (épidémie d'Istrie 1714), Targioni Tozzetti (Florence 1728), Thomas Laghi (Bologne 1753). Hamilton, dans l'épidémie d'Écosse (1761), signale l'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite, et

Mangor, en 1773, dans sa relation de l'épidémie de Wiborg, proclame la contagiosité de l'affection.

Quelques années plus tard, en 1782, Pratolongo, étudiant l'épidémie de Gênes, se demande si on ne pourrait pas mettre cette maladie au rang des fièvres éruptives. Nous verrons plus tard de nombreux cliniciens adopter cette idée et faire des oreillons une maladie générale.

Dans la première partie de notre siècle, J. Franck, dans son *Traité de médecine*, fait de la maladie une fièvre rhumatismale ; idée reprise et défendue par Eisenmann (1840), par Bergeron, à l'Académie de médecine (1866) et plus récemment enfin par Granier, de Lyon (1879.)

En 1850, paraît un remarquable travail de Rilliet, sur l'épidémie de Genève. Cruveilhier, Longet, Graves, Virchow décrivent cette affection ; Meynet (de Lyon) et Spire (1851) apportent des observations d'oreillons suivis de métastases sur les organes génitaux.

Depuis, on cite les leçons fort intéressantes de Chomel, de Grisolles (sur l'atrophie testiculaire), Trousseau (sur des cas de formes graves), Gueneau de Mussy, Bouchut et quantité de thèses que nous retrouverons dans le cours de ce travail. Rappelons dès maintenant celles de Tourtelle (Strasbourg 1828), Bertrand (1839), Varin (1841), Boutellier (1866), Malabouche (1867), Combeau (1867), Sallaud (1868) et Carpentier (1869).

L'année 1865 nous vaut la relation de deux

épidémies considérables qui ont éclaté pendant la guerre des États-Unis.

En 1869, M. Peter, dans ses cliniques de la Pitié, rapproche les oreillons des fièvres éruptives ; et M. Léon Colin (1876), défend cette opinion à la Société médicale des hôpitaux.

Mais cette affection a été surtout étudiée par les médecins militaires, si bien placés d'ailleurs, pour leurs observations, au milieu de jeunes soldats, que l'âge, les conditions de vie et les influences atmosphériques exposent à toutes les chances d'infection. Il nous suffira de citer à ce propos les noms de MM. Laveran Lereboullet, Sorel et d'autres encore, que nous retrouverons souvent dans nos recherches bibliographiques.

En 1877, M. Gailhard, médecin de la marine, soutient devant la Faculté de Montpellier une longue thèse qui est une monographie complète des oreillons. Et l'année suivante M. Pinet choisit à son tour cette étude comme sujet de sa thèse de doctorat.

Les travaux publiés dans le cours de ces dix dernières années ont surtout trait aux complications de la maladie, à certaines des formes qu'elle peut revêtir, enfin à sa nature, à sa pathogénie.

C'est ainsi que nous voyons paraître les comptes-rendus des recherches de MM. Bouchard, Capitan et Charrin sur le microbe des oreillons, la thèse de M. Karth, les mémoires de MM. Lannois et Lemoine, et enfin tout près de nous, les deux thèses de MM. Gachon et E. Notaris de Montpellier.

Quand nous aurons signalé les deux remarquables cliniques de M. le professeur Jaccoud, publiées dans *La Gazette des Hôpitaux*, nous en aurons fini avec ce long exposé dans lequel il manque pourtant encore bien des noms. D'ailleurs, et nous l'avons fait observer, en commençant ce chapitre, on retrouvera en parcourant notre travail quelques travaux, et non des moins importants, qu'il nous a paru préférable de signaler, chemin faisant, à propos de chacun des faits auxquels ils se rapportent plutôt que d'en faire une simple mention dans notre aperçu historique.

Cette réserve faite, arrivons à l'étude des formes cliniques, qui, comme l'indique notre titre, constitue le principal objet de notre thèse.

FORMES CLINIQUES

Types communs, réguliers. — Un des malades que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service de M. Tapret et que nous avons suivi avec soin, représente un type d'oreillons que l'on rencontre fréquemment, au moins chez l'adolescent et chez l'adulte.

Aussi son observation va-t-elle nous servir à retracer l'histoire de la maladie dans une de ses formes communes. Pour compléter le tableau symptomatique, nous signalerons en passant les diverses particularités qui ont fait défaut chez ce malade.

Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, lymphatique, couché au n° 5 de la salle Broussais, qui nous raconte qu'après quelques heures d'un léger malaise, decourbature, frissonnements et inappétence, il a ressenti une certaine tension du cou, de la gêne de la mastication et de la déglutition.

Cette période prodromique, courte, on le voit, chez notre malade, dure généralement de 24 à 36 heures ; ajoutons que par contre elle peut passer inaperçue ; les phénomènes du côté de la parotide sont alors les premiers signes que l'on observe.

A la suite de cette raideur de la région survint chez notre malade une tuméfaction dans la région parotidienne droite, tuméfaction qui s'accrut vite et devint douloureuse à la pression, sans point maximum.

Si nous faisons cette restriction, c'est que la douleur présente parfois des points d'élection, qui sont au nombre de trois principaux : l'un à l'articulation temporo-maxillaire, un second au-dessous de l'apophyse mastoïde et le troisième au niveau de la glande sous-maxillaire.

Ajoutons que la douleur, qu'elle soit ou non localisée, varie comme intensité avec les sujets et avec l'âge ; très légère chez les enfants, elle se montre beaucoup plus vive chez les adolescents et les adultes.

Dans notre cas, la tuméfaction, occupant toute la dépression parotidienne était au début le siège d'une rénitence molle qui permettait encore de distinguer les lobules de la glande. La peau n'avait pas changé de coloration, et les ganglions de la région n'étaient pas engorgés.

Mais, la nuit suivante, le gonflement s'accrut, la peau devint lisse, luisante, prit une légère teinte rosée, bien différente de cette coloration phlegmoneuse ou érysipélateuse que l'on rencontre à titre d'exception dans certains cas d'oreillons.

En même temps, le malade était pris d'agitation, la peau devenait chaude et sèche ; il y avait en somme les signes d'une réaction fébrile atténuée. Cela seul indiquait que les choses ne devaient pas en

rester là ; et, en effet le lendemain, le côté gauche se prenait à son tour, donnant au malade cette tête piriforme et cet aspect grotesque signalés par la plupart des auteurs.

De ce moment, la gêne de la mastication, et de la déglutition devient plus manifeste, pas assez cependant pour que le malade soit mis dans l'impossibilité de manger, malgré une sécheresse assez marquée de la muqueuse bucco-pharyngienne due à une diminution de la sécrétion salivaire.

L'inspection de la bouche et de l'arrière-gorge, rendue difficile par l'écartement pénible des mâchoires, dénote une légère rougeur des piliers du voile du palais, qui chez d'autres malades peut arriver à la teinte érysipélateuse. Mais on ne trouve pas trace de cet enanthème de la face interne des joues que décrit M. Guéneau de Mussy, et que M. Colin nie d'ailleurs d'une façon formelle.

Nous parlions tout à l'heure des phénomènes généraux qui s'étaient manifestés chez notre malade ; ajoutons qu'ils sont restés peu intenses, tenant en quelque sorte le milieu entre ces cas où la réaction fébrile fait absolument défaut, et ceux, plus rares encore, qui, par leur ensemble symptomatique (épistaxis, céphalée prostration et même délire) rappellent le début d'une dothiéntérie.

Tout d'abord on aurait pu croire que la maladie se bornerait à la poussée parotidienne, mais il n'en fut pas ainsi ; et le sixième jour alors que la diminution du cou semblait se faire à vue d'œil, les phénomènes

généraux, fièvre, frissons, nausées devinrent plus accentués annonçant une localisation nouvelle de la maladie qui ne tarda pas à se manifester sur le testicule gauche.

Cet accident, qui dans notre observation, survient au sixième jour de la maladie, comme c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent, peut être retardé, et M. le docteur Grivert rapporte dans les *Archives de médecine militaire* du mois de mai 1889 deux cas d'orchite tardive; et ce fait ne serait pas absolument rare, bien qu'il ne soit pas signalé par les auteurs. Dans l'un de ces cas, trois semaines se sont écoulées entre les deux manifestations ourliennes, dans l'autre dix jours. Il peut être utile de connaître ces localisations tardives, qui, lorsqu'elles se présentent, pourraient induire en erreur et faire chercher la cause du mal là où elle n'existe pas.

Chez notre malade l'inflammation testiculaire n'a pas lieu de nous étonner, puisque ce jeune homme est au moment de la puberté. Du reste elle ne se rencontre que chez les adolescents, et jamais chez l'enfant. Il semble que le poison ne puisse atteindre le testicule que dans sa période d'activité fonctionnelle. Sa fréquence varie du reste avec les épidémies : puisqu'on la voit parfois atteindre 45 0/0 des malades, tandis que dans d'autres cas elle survient seulement (8,3 0/0, th. Halliot).

Pour en revenir à notre malade, il s'est plaint d'abord d'un sentiment de pesanteur, puis d'une douleur sourde le long du cordon. Le testicule

augmenta rapidement de volume, devint dur, tendu, d'ailleurs peu douloureux à la pression, en même temps que la peau des bourses se montrait rouge, violacée, tendue et un peu œdémateuse.

A l'aide d'une palpation attentive, nous constatons un léger épanchement dans la tunique vaginale, fait assez rare dans ces cas d'orchite ourlienne. Nous remarquons en outre que le testicule a conservé sa forme. Il est régulier, sans bosselures; le gonflement est exactement limité à la glande et ne s'étend pas à l'épididyme.

Ce fait de la localisation exclusive à la glande, d'ailleurs presque constant, mérite d'attirer notre attention; car il nous donne la clé de certains phénomènes qui peuvent se produire ultérieurement.

Chez notre malade, en effet, le testicule gauche seul ayant été intéressé, la résolution se fit rapidement, et au quinzième jour, tout en apparence était rentré dans l'ordre. La glande séminale avait repris son volume primitif, mais elle n'offrait ni cette rénitence, ni cette sensation spéciale à la pression qui se rencontrent à l'état normal. Il nous fallait donc craindre une atrophie testiculaire; et, en effet, lorsque le malade revint nous trouver, après un séjour à l'asile de Vincennes, il nous fut aisé de constater que le testicule gauche avait notablement diminué de volume. Nous reviendrons du reste sur ce point important au chapitre des complications.

L'histoire de ce malade est celle du plus grand nombre d'adolescents et d'adultes atteints par les oreillons.

Nous avons cru bien faire en cherchant à compléter la symptomatologie de l'affection à mesure que l'occasion s'en présentait, et on ne nous en voudra pas, si, dans ce but, nous nous sommes laissé aller à des digressions un peu longues.

Cette forme de la maladie, telle que nous venons de la décrire, peut présenter quelques variantes, tant dans le mode d'apparition que dans la marche des symptômes. C'est ce que nous nous proposons d'indiquer rapidement, cherchant ainsi à compléter notre histoire clinique.

Après quelques phénomènes généraux peu intenses, la tuméfaction parotidienne a débuté par le côté droit et a rapidement gagné le gauche. Cependant elle aurait pu rester limitée au côté qui avait été le premier pris. Car, si les deux parotides sont le plus souvent atteintes, soit ensemble, soit, et c'est le cas le plus ordinaire, l'une après l'autre, on est cependant, comme le dit Trousseau, trop disposé à croire que cette règle ne comporte pas d'exceptions. Nous trouvons, en effet, que dans l'épidémie de Genève de 1848 (Rilliet), la proportion de l'oreillon simple à l'oreillon double a été celle de 1 à 10. Et c'est dans ces cas où la maladie reste unilatérale qu'on la peut méconnaître, et en chercher la cause dans une affection de l'arrière-gorge qui n'existe pas.

La *marche* de l'affection est en général rapide, mais en même temps régulière, cyclique, et semble bien répondre à l'évolution d'un principe vivant, morbifique, dans l'économie. La formation de la tumeur

parotidienne se fait en trois ou quatre jours. Et, nous veuons de le dire, c'est en général alors que l'enflure d'un côté commence à diminuer que l'autre se prend et accomplit alors les diverses périodes de son évolution. La durée de la maladie se trouve ainsi naturellement accrue ; néanmoins, en l'absence d'autre manifestation ourlienne, elle dépasse rarement cinq ou six jours. Il est à peine besoin de dire en effet que toute localisation nouvelle prolonge d'autant la durée de la maladie, et nous avons vu que la parotidite était déjà en voie de résolution, les accidents ont duré encore pendant un septenaire.

L'imité à la seule parotide, l'oreillon se termine dans l'immense majorité des cas par résolution.

Les parties tuméfiées perdent leur empâtement, deviennent plus molles, moins tendues, plus sensibles, et tout disparaît rapidement. D'après Rilliet, la résolution est souvent indiquée par une sueur localisée au niveau de la tumeur, et M. le professeur Peter a signalé aussi comme phénomènes critiques des épistaxis et des sueurs généralisées.

Mais souvent, à la suite de cette affection, il persiste un état de faiblesse marqué, qui ne paraît pas en rapport avec le peu de gravité de la maladie (Rilliet, Cadet de Gassicourt), un certain degré d'anémie, qui peut durer pendant un mois et est justiciable des préparations toniques et ferrugineuses.

Dans quelques cas excessivement rares, on a signalé pour la parotidite, la terminaison par suppuration.

Avant d'arriver au diagnostic nous voudrions

ajouter quelques mots à propos d'un symptôme que nous n'avons fait qu'indiquer et qui demande quelques développements. Nous voulons parler de la fièvre ourlienne, bien étudiée par Sorel (1877) et dans les thèses de Viela (1887) et de Bourgeois (1887).

Peu intense, souvent même nulle quand la parotidite existe seule, bien qu'on l'ait vue parfois alors s'élever jusqu'à 40 degrés et plus, (Th. Bourgeois) elle apparaît le plus ordinairement dès que le malade éprouve un léger sentiment de tension dans le testicule. Ce serait donc, comme on l'a dit, une vraie *fièvre testiculaire*. D'après Sorel, elle naîtrait peu à peu, progressivement, sans frisson et augmenterait à mesure que le testicule devient plus volumineux.

Viela en décrit deux espèces : dans la première, la fièvre débute avec les symptômes et la défervescence a lieu vers le cinquième jour. Dans la seconde, il y a deux modes de début de la fièvre : dans l'un, elle est congénère de l'orchite ; dans l'autre, elle précède l'orchite et, dans ces deux cas, la défervescence a lieu vers le septième jour.

En somme il est certain que l'orchite ourlienne est presque toujours annoncée par de la fièvre et celle-ci est alors beaucoup plus commune et plus élevée que dans la forme parotidienne isolée. Elle peut atteindre 40° ou 41° et se maintenir pendant quelques jours à ces chiffres élevés. La fièvre de l'orchite ourlienne est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes. Trousseau, Grisolle, Rizet, Debize, Lemarchand, Laveran en ont rapporté de nombreux exemples.

On a cependant décrit une variété apyrétique d'oreil on avec orchite. Elle est fort rare et a été citée par Jacob, mais il est à remarquer qu'elle peut aussi être suivie d'atrophie testiculaire.

Il ne nous reste plus dès lors qu'à parler du diagnostic de la forme d'oreillons que nous venons de décrire. Dans le cas que nous rapportons, l'évolution de la maladie, la bilatéralité de la lésion, l'apparition de l'orchite ne nous ont pas permis d'hésiter sur la nature de l'affection à laquelle nous avons affaire.

Avant que le testicule se fût pris, nous aurions pu toutefois ne pas être complètement sûr de notre diagnostic; car il est certains cas où la parotidite peut être double, par exemple à la suite de certaines maladies graves (typhus, fièvre typhoïde, variole pyohémie, etc.).

Mais, en pareil cas, outre que la manifestation glandulaire s'accompagne de phénomènes généraux graves procédant de la maladie causale, on voit rapidement se produire la terminaison par suppuration, voire même, chez les vieillards et les sujets cachectiques, par gangrène de la glande ces derniers faits étant, comme nous l'avons dit, absolument exceptionnels dans le cas d'oreillons, le diagnostic s'il est resté en suspens jusqu'alors sera singulièrement facilité.

Le diagnostic ne présente, à vrai dire, de difficultés sérieuses que si l'oreillon reste limité à un seul côté; dans ce cas, en effet, la confusion est facile,

d'une part, avec la parotidite secondaire que l'on observe dans le cours d'un travail phlegmasique aigu des muqueuses buccale ou pharyngienne, stomatite, angine, amygdalite, propagé à la glande par le canal de Sténon, d'autre part, avec les parotidites, qui peuvent naître à la suite d'ostéo-périostite, de carie des maxillaires et d'affections inflammatoires du sinus maxillaire et de l'oreille. Un examen attentif devra donc être fait de toutes ces parties. Et si malgré tout le diagnostic reste en suspens, il pourra être bientôt établi par l'apparition du gonflement parotidien du côté opposé ou par quelque poussée de la fluxion ourlienne vers un autre organe. C'est dans ces cas que l'orchite acquiert une grande valeur, puisqu'elle appose au bas de la maladie la signature de l'oreillon.

Quant à l'orchite ourlienne, elle est souvent difficile à reconnaître surtout dans les cas où il n'y a plus ou pas encore de tumeur parotidienne. Il est vrai que les caractères physiques suffiront la plupart du temps à la caractériser, puisque dans l'orchite traumatique, la tumeur est inégale, bosselée, offrant des noyaux indurés, entremêlés de points plus mous s'accompagne ordinairement d'hématocèle vaginale ou pariétale, et se termine fréquemment par la suppuration.

D'autre part le diagnostic sera en général facile avec l'orchite blennorrhagique. Cependant parfois l'orchite ourlienne peut s'accompagner de douleurs, de picotements dans l'urèthre, et même de l'appari-

tion au méat d'un liquide muco-purulent analogue à celui de la blennorrhagie. Mais, dit-on, dans les cas d'orchite blennorrhagique la tuméfaction se montre d'abord le long du cordon et dans l'épididyme ; la douleur est plus intense que dans les oreillons ; la résolution fort longue, l'induration pouvant persister plusieurs mois, achèvent un tableau essentiellement différent de celui de la testiculite ourlienne.

En résumé, il sera généralement assez facile d'assigner à l'orchite ourlienne sa véritable cause. Cependant dans certains cas, soit que le gonflement parotidien ait fait défaut, ou que, ce qui est le plus fréquent, il ait passé inaperçu, le diagnostic pourra devenir réellement difficile. Et c'est seulement par l'étude attentive des commémoratifs que l'on pourra trancher la question.

La forme que nous venons de décrire d'après l'observation de notre malade, rentre déjà dans les types un peu complexes, puisque nous avons une manifestation secondaire qui n'est pas constante : la fluxion testiculaire.

La maladie peut revêtir une allure plus simple et se borner à la seule fluxion parotidienne comme c'est le cas le plus fréquent chez l'enfant.

Par contre, il est d'autres cas où la maladie tout en restant relativement bénigne s'accompagne de manifestations très diverses.

Cette fluxion parotidienne que nous venons de voir se compliquer d'orchite, peut en effet être suivie de poussées vers de nombreux organes. L'affection peut en réalité frapper tout le système glandulaire.

Car il arrive, assez exceptionnellement il est vrai, que pendant l'orchite, chez l'homme, et même sans l'orchite, le malade accuse une douleur plus ou moins gravative, vers l'anus, le périnée, avec difficulté de la miction. Il est survenu de la prostatite. Groffier en rapporte un cas, et M. Gosselin, dans la *Clinique chirurgicale de la Charité*, en cite un autre. La plupart du temps, les symptômes doivent passer inaperçus. Les malades n'appellent pas l'attention sur cette nouvelle complication. Le toucher seul peut, par le gonflement de la prostate, révéler la part que cet organe prend à la maladie.

De même, on a signalé un écoulement urétral, avec élancements dans le canal, sensation de chaleur et d'ardeur lors de l'émission des urines.

Ces symptômes, qui coïncident avec l'orchite, disparaîtraient avec la fluxion testiculaire, mais parfois pour reparaître quelques jours après.

Des faits de ce genre ont été rapportés par Groffier, Grovieu et Stoven-Hast, dans le *Journal de Chirurgie* de 1845 et on en trouve encore une observation dans la thèse de M. Malabouche. C'est cet écoulement et cette chaleur lancinante qui rendent parfois difficile le diagnostic de l'orchite après la disparition de la parotidite. Répétons qu'on est alors obligé d'établir le diagnostic, ou sur la foi du malade ou sur l'existence d'une épidémie ourlienne. Cet écoulement a été aussi observé chez la femme alors que l'infection vénérienne paraissait devoir être mise complètement hors de cause,

On a même signalé des cas de cowpérite uní ou bilatérale et M. Tapret nous a dit en avoir observé deux exemples.

Ces différentes manifestations, isolées le plus souvent, mais réunies quelquefois chez le même individu peuvent constituer une *variété génitale* du type complexe chez l'homme.

La même variété peut se rencontrer également chez la femme, mais avec un moindre degré de fréquence.

Cependant étant données les analogies de structure et de fonctions des ovaires avec les glandes séminales, on devait supposer qu'ils peuvent être également envahis par la fluxion ourlienne. Mais l'extension de la maladie est loin d'y être aussi commune qu'aux testicules.

En effet, les observations d'ovarite ourlienne sont très rares dans la science.

Rizet en cite 2 cas dans l'épidémie d'Arras. On en trouve ensuite une observation dans la thèse de M. Boutellier (1866), une autre publiée par M. le docteur Meynet dans la *Gazette médicale de Lyon*.

Une malade, atteinte d'oreillons, vers le 4^e ou 5^e jour, se plaint d'une douleur abdominale vive, occupant l'une ou les deux fosses iliaques. En palpant profondément, on sent une tumeur arrondie, occupant bien la région de l'ovaire.

Si le toucher est possible, en le combinant avec le palper, on peut définitivement localiser le siège de la douleur au niveau de l'ovaire, que l'on trouve tuméfié et empâté.

Pendant tout ce temps, les phénomènes généraux sont fort variables: tantôt il y a simplement nausées, sans frissons ni fièvre, comme dans l'observation de Boutellier; tantôt l'état est plus sérieux: il y a perte d'appétit, mouvement fébrile, agitation et insomnie (Meynet).

Bientôt les signes s'amendent, la fièvre tombe, la douleur disparaît, et la malade guérit rapidement, sans conserver dans la suite de troubles de la menstruation.

Le tout dure environ une semaine, à moins que les deux côtés ne soient successivement pris, ou qu'une autre manifestation ourlienne ne fasse son apparition. C'est qu'en effet, chez la femme, les fluxions ne sont pas rares du côté des organes génitaux externes. Depuis longtemps on a observé la tuméfaction des grandes lèvres (Laghi), la vulvite, et même la vaginite.

Dans une observation de M. le professeur Fournier, petites et grandes lèvres avaient présenté une tuméfaction considérable, avec un aspect eczémateux et accompagné de cuissons vives.

La fréquence de ces manifestations ne doit pas nous surprendre, puisque l'embryogénie établit que l'origine du scrotum et des grandes lèvres est la même, et l'on sait combien chez l'homme sont fréquentes les lésions du scrotum dans les oreillons.

Pour ce qui est de la vulvite, M. Peter en place le siège dans les glandes vulvo-vaginales.

Les signes de la vulvite ourlienne sont simples; sans symptômes généraux, les grandes lèvres devien-

nent le siège d'un gonflement variable d'intensité ; rouges ou violacées, elles sont le siège d'un prurit ou d'une sorte de cuisson qui s'étend au vagin.

Le gonflement peut donner lieu à une douleur grave aux aines et aux lombes.

Le tout se termine en quelques jours par résolution complète.

A tous ces accidents, il nous faut ajouter les troubles menstruels qui s'observent dans certains cas.

Et nous n'en avons pas fini avec cette longue énumération. Il nous reste à signaler les complications du côté de la mamelle qui, chez la femme, et après la parotide, l'organe auquel paraît s'étendre le plus volontiers la maladie ; elle est néanmoins beaucoup plus rarement prise que le testicule ne l'est chez l'homme.

Cependant les observations de mastite ourlienne ne sont pas rares. Déjà Laghi et Cavallini avaient observé le gonflement des seins dans quelques oreillons. On en trouve dans la thèse de Trainel deux observations certaines.

Cette tuméfaction des seins, comme l'ovarite, serait, d'après Laveran, fort rare chez les enfants, quand les organes génitaux ne sont pas encore entrés en fonction.

Cette manifestation de la maladie ourlienne sur les seins ne s'observe pas d'ailleurs exclusivement chez la femme. Rizet (Arras) nous montre trois petits garçons atteints de gonflement de la mamelle.

Pinet rapporte dans sa thèse deux observations sur deux sapeurs du 2^e régiment de génie, et nous pourrions citer encore d'autres observations.

L'état fébrile et les signes généraux sont variables, comme dans les autres manifestations, mais ordinairement ne manquent pas. Puis la glande augmente de volume, devient dure au toucher; elle est le siège d'une douleur et d'une chaleur insolite.

L'état des seins, dit M. Bouchut, se rapprocherait de celui qu'ils présentent dans l'engorgement des règles, ou dans l'engorgement lacté qui suit la parturition; puis, en peu de jours, l'état général, la tuméfaction et la douleur locale s'amendent; la guérison se fait rapidement par résolution. On n'a pas noté d'atrophie consécutive.

Ce serait une erreur de croire que les glandes génitales soient seules prises consécutivement dans les oreillons. Et si, parmi les glandes salivaires, la parotide est de la part des oreillons l'objet d'une sélection spéciale, elle n'est pas seule atteinte par la fluxion. On cite en effet des observations assez nombreuses dans lesquelles les oreillons se sont portés sur les glandes sous-maxillaires et même sur les sublinguales, soit consécutivement à la fluxion parotidienne, soit primitivement et même exclusivement, comme nous le verrons plus loin dans les formes frustes.

Cette variété d'oreillon sous-maxillaire est signalée par Rillet, Blondeau, puis par Fabre (1876) et Ferrand (1888).

Quand les glandes parotides et les sous-maxillaires sont prises en même temps et que le gonflement atteint un certain volume, les oreillons constituent une véritable tumeur cervico-maxillaire, formant une seule masse; et il faut une certaine attention pour trouver un sillon plus dépressible, moins tendu, qui correspond assez exactement à l'angle de la mâchoire, et qui indique la séparation de la tuméfaction parotidienne et de la tuméfaction sous-maxillaire. Il n'est pas jusqu'aux petites glandes buccales, linguales et même pharyngiennes qui ne puissent se congestionner.

C'est ce qui explique la sécheresse, la rudesse et l'endurcissement de la muqueuse bucco-pharyngienne, dû à l'absence de lubrification des parois de la bouche par défaut de salive; d'où soif insatiable, chaleur buccale désagréable et déglutition difficile. La langue n'est parfois que péniblement tirée hors de la bouche; la parole même peut être embarrassée. Cette stomatite, avec glossite et pharyngite concomitantes, montre bien que les glandules sont envahies comme les grosses glandes.

A côté de ces manifestations sur l'appareil salivaire, il peut s'en faire d'autres consécutivement ou isolément. On a signalé l'engorgement des ganglions du cou, de véritables adénites; et dans ces cas d'oreillons cervico-maxillo-parotidiens un peu développés, on peut se figurer la grotesque difformité qui doit en résulter.

On a signalé aussi de véritables amygdalites

(Gaillard, Jobard, Malabouche) et même des poussées du côté des glandes lacrymales, ce qui est un peu plus rare déjà.

Ces localisations multiples à fréquence variable que nous venons de passer en revue peuvent se montrer dans les oreillons et n'en constituent pas moins des cas réguliers, quoique un peu complexes.

Ces phénomènes sont très bénins, et n'était la perspective de l'atrophie, conséquence trop commune de l'orchite ourlienne, l'affection, dans les formes que nous venons d'étudier, mériterait à peine le nom de maladie.

TYPES ANORMAUX

Nous venons de décrire les formes régulières des oreillons, c'est-à-dire celles qui, débutant toujours par la parotide, y restent limitées ou s'étendent à une ou plusieurs autres glandes. Malgré la diversité de ces manifestations, les oreillons suivent dans tous ces cas une marche cyclique et ont une marche favorable.

A côté de ces formes simples trouvent place d'autres types, qui ne présentent plus cette régularité d'allures ou bien qui n'ont plus cette bénignité remarquable.

Ce sont ces formes anormales, plus rares que les précédentes, que nous allons maintenant examiner.

Dans certains cas il peut y avoir anomalie dans le *mode de début*. L'affection, au lieu de commencer par la parotide, atteint primitivement tout autre organe et les observations de ces types, que nous pouvons appeler *inverses*, ne sont pas rares dans la science.

C'est ainsi que l'on a vu la fluxion se porter d'abord sur le testicule, sur les mamelles, sur les glandes sous-maxillaires. Et, dans une épidémie décrite par Luehe, épidémie qui avait pris de vastes proportions dans l'école des Cadets de Plaen (1879), l'œdème de la joue et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires avaient précédé le gonflement parotidien.

Dans sa thèse, M. Plagneux rapporte cinq cas d'orchite d'emblée. Ainsi, Rojer Jean, soldat d'infanterie de marine se présente à la visite le 8 février, accusant une douleur assez vive du côté du testicule droit. Ce dernier est gonflé notablement et douloureux à la pression. Pas de gonflement des parotides, pas de traces d'urétrite; le malade n'a reçu aucun coup sur les testicules.

Dans les autres cas, le mode de début fut le même, avec mouvement fébrile assez fort, et chez quatre de ces malades, le gonflement des parotides est venu s'ajouter à la localisation première. Seul le malade de l'observation quatrième ne présenta pas de fluxion parotidienne, mais en revanche on vit apparaître chez lui des phénomènes d'un autre ordre. Nous retrouverons plus loin ce malade, dont nous réservons l'histoire pour notre chapitre des formes frustes.

Ces différentes formes, dont on pourrait citer d'autres observations, présentent parfois, en dehors des temps d'épidémies, de sérieuses difficultés de diagnostic. Mais, dans tous les cas, l'erreur ne peut se prolonger longtemps, le gonflement de la paro-

tide venant tôt ou tard éclairer sur la nature de l'affection.

Malgré ces variétés de marche, ces oreillons n'en sont pas moins la plupart du temps bénins. Mais à côté d'eux, il en est d'autres à allures tapageuses, *graves*, dans lesquels, au milieu des signes de l'affection ourlienne, on rencontre des symptômes de maladie infectieuse maligne.

Déjà Trousseau nous a tracé, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, le tableau de quelques-uns de ces cas.

On se rappelle l'histoire, maintenant classique, de « ce jeune écolier de 17 ans qui, au milieu d'une santé qui, au dire des parents et du chef d'institution, paraissait bonne, fut pris de fièvre ardente, avec fréquence extrême du pouls, tendance aux lipothymies, délire, carphologie, vomissements, selles séreuses et involontaires. Cela ressemblait, dit Trousseau, aux mauvais jours du troisième septenaire de la fièvre putride, ou au début de ces scarlatines malignes qui emportent les malades en quelques heures. Deux ou trois jours se passèrent dans l'anxiété la plus grande, quand un petit accident survint ; on trouva un matin le scrotum volumineux et l'un des testicules tuméfié et douloureux.

« Je me rappelai, continue le maître, ce que j'avais vu déjà une autre fois dans le cours des oreillons, et je finis par faire raconter à l'enfant que deux trois jours avant le début de cet état général si alarmant, il avait éprouvé du malaise avec douleur de gorge et

léger gonflement vers l'oreille; ces légers accidents étaient survenus après une promenade, par un temps froid et humide, dans la forêt de Saint-Germain. Il n'en fallut pas davantage, je n'hésitai pas devant Audral à porter un pronostic bénin, et j'avais raison. »

Voici une observation du même genre, que nous devons à l'obligeance de M. Tapret.

Un jeune employé de douane, de constitution vigoureuse et ne faisant pas d'excès alcooliques, est pris de malaise avec violent mal de tête, nausées, vomissements, insomnie complète dans la nuit et épistaxis. Le lendemain, gonflement de la région parotidienne droite et de la région sous-maxillaire gauche. Loin de diminuer, les phénomènes généraux deviennent plus violents, la température monte à 40°, et rapidement tout le cou est envahi par un gonflement uniforme, avec plusieurs points extrêmement douloureux, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, des glandes sous-maxillaires et sublinguales.

A la palpation, rénitence pâteuse presque œdémateuse.

La peau est tendue, lisse, rosée, avec sensation de chaleur exagérée. Grandes difficultés et douleurs de mastication, déglutition et phonation. Pas de fausses membranes dans la gorge.

Le gonflement gagne vers la base du cou, et s'étend de l'articulation temporo-maxillaire au sternum; le ton rosé de la peau devient rougeur diffuse, quasi érysipélateuse.

On n'entend rien au cœur.

Le sang examiné contient des leucocytes en abondance, les globules rouges sont normaux.

Les urines sont rares, albumineuses; elles contiennent des bâtonnets et des spores isolés ou en chapelets.

Le 5^e jour, amélioration sensible de l'état général, le thermomètre descend à 38°.

Pourtant la langue et la gorge sont sèches, car il y a diminution considérable de la salive.

Diminution notable de la rougeur et du gonflement du cou, température 39°5.

Le 7^e jour, les phénomènes généraux redoublent d'intensité : douleurs testiculaires, gonflement, et en deux jours apparition d'une belle orchite double.

Alors, l'amélioration des phénomènes locaux du côté du cou s'accroît.

L'orchite suit sa marche ordinaire.

En ce moment, on remarque un gonflement œdémateux des paupières, avec exophtalmie, gonflements des amygdales.

(Ce gonflement des paupières est déjà signalé dans une observation de la thèse de M. Gailhard, où l'aspect rappelait celui de la conjonctivite purulente, avec chémosis énorme, mais sans trace de sécrétion purulente.)

Le 10^e jour, les douleurs de tête réapparaissent.

Il y a du ralentissement du pouls. La fièvre est toujours vive.

Subdelirium qui fait craindre des accidents cérébraux et méningitiques.

Il y a tuméfaction de la rate.

A l'auscultation de la région précordiale, on entend très manifestement un souffle extra-cardiaque. Le malade maigrit, le ralentissement du pouls persista pendant quelque temps, puis tout rentra dans l'ordre, et les phénomènes locaux et généraux s'amendèrent vite.

Mais la convalescence fut longue, il y eut anémie, perte des forces, affaiblissement.

Les deux cas précédents représentent des types bien nets d'oreillons anormaux à forme grave, avec

prédominance des phénomènes généraux. M. Karth, dans sa thèse, a rapporté une observation qui présente beaucoup d'analogie avec la nôtre.

Dans le cas de notre malade, les difficultés de diagnostic n'ont pas été bien sérieuses. Nous avions affaire à un sujet qui s'était trouvé dans un milieu où les oreillons sévissaient d'une façon épidémique ; de plus, l'apparition rapide du gonflement parotidien ne nous permettait pas d'hésiter longtemps sur la nature de l'affection, que ne vint qu'assez tard confirmer l'orchite.

Mais, sans le secours de ces notions étiologiques, qui ont singulièrement facilité le diagnostic, comment aurions-nous pu arriver à reconnaître la maladie ourlienne ?

Nous ne pouvions guère penser à une maladie infectieuse, comme une fièvre typhoïde à début même brusque, à une variole, car la période prodromique n'avait, dans le cas qui nous occupe, duré que 24 heures.

Sitôt les phénomènes locaux survenus du côté du cou, et nous avons vu qu'ils n'ont pas tardé, on aurait pu songer à une diphtérie grave ou à une scarlatine maligne.

L'écartement difficile des mâchoires empêchant l'examen de la gorge pouvait faire hésiter le diagnostic avec les diphtéries graves. Mais si l'inspection de la gorge est possible, on ne pourra pas confondre l'angine des oreillons avec l'angine grave

avec fausses membranes concrètes, grisâtres, qu'on rencontre dans ces diphtéries toxiques.

Le diagnostic avec la scarlatine serait peut-être plus épineux, car les deux angines ont des analogies : desquamation de l'épithélium, donnant lieu à des exsudats pultacés ; hyperthermie. L'absence d'éruptions ne prouverait encore rien en faveur des oreillons, étant donné ce que l'on sait des scarlatines frustes. Pourtant l'erreur ne pourrait être de longue durée, et quand l'œdème du cou est en voie de disparition, l'exploration de la région permet de délimiter les glandes atteintes. Mais parfois il faudrait, pour être bien fixé, attendre la desquamation si caractéristique de la peau par larges lambeaux, qu'on observe dans la scarlatine, même quand l'éruption a pu passer inaperçue.

Parfois pourtant, on n'est guère autorisé à formuler un diagnostic précis. Et on ne peut que s'en rapporter à l'étude des symptômes, et surtout à la marche de la maladie : phénomènes généraux intenses, gonflement successif des parotides, des sous-maxillaires et même des glandes lacrymales, ce sont là des symptômes qui, bien étudiés, sans oublier la fièvre et l'orchite même tardive, donneront assez de preuves pour qu'on ne puisse contester le diagnostic.

TYPES ETRANGES

Nous avons, jusqu'à ce moment, examiné les types simples, les types complexes, les types graves; nous voudrions maintenant chercher à exposer les *types étranges*, les types extraordinaires de cette maladie si bizarre dans ses allures et dans ses multiples localisations.

Certes ce n'est pas là la partie la moins délicate de notre tâche; mais, en revanche, ce n'est pas la moins intéressante.

La plupart des auteurs qui se sont occupés des oreillons ont été frappés de ce fait, c'est que certaines épidémies s'accompagnent de manifestations rhumatismales. L'oreillon a son grand et son petit rhumatisme, c'est-à-dire ses déterminations articulaires, avec ou sans endo-péricardite, avec ou sans symptômes cérébraux sur la nature desquels nous reviendrons plus tard.

Cette question de rhumatisme ourlien est encore peu connue et les faits de complications, ou plutôt de manifestations articulaires des ourles sont encore relativement peu nombreux.

La première mention paraît en avoir été faite par Rilliet (1850) : « chez deux frères, dit-il, l'oreillon a été

rapidement suivi d'un rhumatisme aigu; chez l'un, il y avait eu attaque de rhumatisme franc quelques années auparavant. » Gailhard, dans sa thèse, mentionne en passant ces complications dans une observation et ajoute qu'il y a un certain air de famille entre l'oreillon et le rhumatisme.

Les médecins militaires ont peu étudié cette manifestation : pourtant Jourdan, dans une épidémie de Dax (1878) signale des douleurs articulaires vives sans gonflement et ayant disparu en cinq ou six jours.

En 1883, paraît la thèse de Bourcy qui en fait un pseudo-rhumatisme infectieux. Dans une note intéressante, Chaumier relate une observation de pseudo-rhumatisme ourlien; Glenereau en publie une autre dans laquelle les deux genoux sont atteints.

En 1885, Boinet (de Lyon) donne la relation d'un cas de rhumatisme à forme synoviale. En mars 1885, paraît un important mémoire de MM. Larnois et Lemoine, dans lequel on trouve un essai de symptomatologie et plusieurs observations personnelles.

La même année, la thèse de M. Plagneux contient quelques cas de rhumatisme ourlien ayant précédé la détermination parotidienne.

Enfin M. Gachon (de Montpellier), en 1887, résume l'état de la science sur cette intéressante question; il publie sept observations inédites.

Voici comment, dans ces cas, les choses se passent le plus habituellement :

Un malade, rhumatisant ou non, est atteint d'oreil

lons qui paraissent évoluer normalement, quand une ou plusieurs articulations se prennent. Rarement ces accidents éclatent de bonne heure; on les voit plutôt à une époque tardive de la maladie.

Ces arthropathies sont caractérisées souvent par une absence de rougeur et de chaleur au niveau des articulations atteintes, le gonflement est ordinairement léger, et le siège fort variable. Cependant elle paraissent avoir une certaine prédilection pour les articulations du genou, du cou de pied, de la hanche, sans négliger pourtant les épaules, les poignets, même les mains. Elles n'attaquent qu'un petit nombre de jointures à la fois, bien qu'on les ait vu affecter les allures d'un rhumatisme articulaire généralisé.

Comme dans le rhumatisme blennorrhagique, il peut y avoir une *forme arthralgique pure* et une *forme arthralgique avec gonflement et épanchement*. Lorsqu'il y a des douleurs seulement, leur intensité est variable; elles peuvent être parfois si vives que le malade ne supporte pas le moindre frottement. Quand il y a gonflement et épanchement (et ce dernier signe est exceptionnel — un cas d'hydarthrose de Boinet) ce sont surtout les mouvements qui sont douloureux.

Le rhumatisme ourlien ne reste pas limité aux jointures, suivant encore en cela les allures du rhumatisme blennorrhagique; il peut se fixer dans les gaines synoviales des extenseurs, surtout des doigts, et, plus rarement, dans celles des fléchisseurs (jambiers).

Plus souvent encore se montrent des douleurs musculaires dans les muscles de la cuisse et de la jambe ordinairement.

Gachon rapporte un bel exemple de douleurs des membres inférieurs et des lombes.

Ces phénomènes, ne suscitant que de faibles réactions locales, ne s'accompagnent que de phénomènes généraux peu marqués, à moins d'anomalies ou de nouvelles poussées ourliennes. Peu ou pas de douleur, peu ou pas de fièvre.

Puis, après quelques jours, tous ces phénomènes s'effacent et, ce qu'il y a de particulier dans ces manifestations, c'est leur rapidité d'évolution. Il est vrai que parfois, s'ils disparaissent vite d'une articulation, beaucoup d'articulations sont prises successivement, ce qui prolonge la durée du rhumatisme, d'autant qu'il y a encore des moments de répit pendant lesquels le malade paraît complètement guéri. Mais, même dans ces cas, la durée est moins longue que celle du rhumatisme articulaire aigu, et le pronostic est toujours bénin. Tous les accidents guérissent sans complications. Il n'y a pas d'exemple de terminaison par suppuration.

Nous venons de voir le rhumatisme survenir dans le cours des oreillons; mais il est des cas où le rhumatisme, ou bien quelques-unes des affections dites rhumatismales précèdent la poussée glandulaire, comme nous allons le voir dans quelques observations que nous allons résumer.

Obs. I empruntée *au Mémoire* de MM. Lannois et Lemoine.

Il s'agit d'un jeune soldat qui fut pris d'abord d'angine douloureuse, puis vit apparaître des plaques d'érythème noueux, et à la suite, des arthropathies dans genoux et cou de pied.

Enfin la parotidite se manifeste, les douleurs articulaires s'atténuent pour reparaitre plus violentes que jamais au moment où les oreillons touchaient à leur fin.

Obs. II empruntée à la thèse de M. Plagneux (résumée.)

Un jeune homme est pris un jour de douleurs vives dans l'articulation coxo-fémorale, puis de douleurs lombaires, vives et spontanées.

La pression sur la colonne lombaire est douloureuse, les genoux sont tuméfiés, très douloureux, les mouvements y sont fort difficiles.

Rien au cœur, quelques râles de bronchite.

Fièvre abondante, et le lendemain tuméfaction parotidienne droite et gauche. Trois jours après, apparition dans les urines d'une notable quantité d'albumine qui disparaît entièrement quatre jours après son apparition.

Puis les douleurs diminuent rapidement, et, après une rechute de deux ou trois jours, guérison complète. La maladie totale a duré vingt jours.

Cette observation est remarquable par son début étrange ; douleurs articulaires avec fièvre, plusieurs jointures envahies du même coup, tout fait croire à un rhumatisme franc, quand apparaît le gonflement

parotidien. C'est un fait rare; de plus, on trouve rarement dans le rhumatisme des oreillons cette intensité des douleurs, cette fièvre persistante, cette quantité d'albumine.

Dans une autre observation de M. Plagneux, les douleurs ont encore précédé la parotidite, mais il n'y a eu ni fièvre, ni albumine.

Obs. empruntée à la thèse du D^r Gachon (obs. XI.) Oreillons-Pseudo-rhumatisme. Péricardite.

B..., sapeur au 2^e génie, sans antécédents rhumatismaux entre dans le service de M. le professeur Combal (hôpital Saint-Eloi.)

Quinze jours après une attaque d'oreillons sans orchite, ayant duré quelques jours, il est pris de douleurs dans les membres inférieurs surtout dans les muscles de la région interne de la cuisse et dans les genoux qui sont un peu rouges, mais sans gonflement. Le lendemain de l'apparition des douleurs, du côté du cœur dédoublement du premier bruit à la pointe, du deuxième bruit à la base. Le bruit surajouté est doux, semblable à un souffle.

Pas d'augmentation de température. Apparition du frottement diastolique à la base, frottement systolique à la pointe.

Les douleurs disparaissent au bout de cinq jours, puis, après deux septénaires, réapparition des douleurs lombaires; le frottement péricardique persiste toujours. Douleurs et gonflement léger des articulations tarso-métatarsiennes droites.

Toujours apyrexie.

Disparition rapide des douleurs. Mais, à la sortie du malade, au bout de six semaines, persistance du frottement péricardique et d'un souffle systolique à la pointe.

Si les déterminations articulaires des oreillons ne s'accompagnent pas toujours de troubles cardiaques, il n'en est pas moins reconnu que le cœur peut être parfois, dans la maladie que nous étudions, sérieusement intéressé. Mais, parmi les localisations des oreillons sur les différents appareils, celles qui portent sur le cœur, ne tiennent pas la plus grande place et encore est-on tenu de faire quelques réserves en ce qui les concerne.

Voici la relation d'un cas fort intéressant, que nous trouvons dans une des cliniques de M. le professeur Jaccoud ; « Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui, dans les huit premiers jours de la maladie, n'avait présenté de particulier qu'une élévation de température hors de proportion avec les accidents locaux qu'il y avait du côté des parotides et du côté du testicule gauche, et une quantité notable d'albumine, indice certain d'une infection profonde de l'organisme. Au huitième jour, la palpation de la région de la pointe montrait que le choc du cœur était trop énergique, trop prolongé et qu'il avait un caractère manifeste de vibration ; signes, ajoute le maître, d'une endocardite mitrale en préparation.

« Je n'hésitai pas alors à l'annoncer et à affirmer que vingt-quatre heures plus tard il y aurait certainement du souffle à la pointe. Le matin suivant, en effet, neuvième jour, souffle systolique prolongé et déjà rude, exactement localisé au foyer de la pointe. En même temps, à la base, au niveau des articulations sternales des deuxième et troisième côtes, on trouve

une plaque de frottement péricardique qui occupe toute la largeur du sternum dans la hauteur que je viens d'indiquer. Ce frottement n'a pas subi de modifications les jours suivants; mais le souffle a augmenté de force et de rudesse, si bien qu'au quatorzième jour on pouvait l'apprécier à son maximum de netteté.

« A ce moment le testicule droit se prend, et la parotide du même côté se gonfle de nouveau, reprise fréquente au cours de la maladie. Ces deux nouvelles manifestations évoluèrent rapidement vers la guérison, entraînant avec elles l'hyperthermie et le souffle et le frottement. »

Un certain nombre de cliniciens avaient déjà remarqué, avant M. Jaccoud, que le cœur était touché dans les oreillons. Gailhard, Sorel, Karth parlent de cas dans lesquels on observa un ralentissement marqué des battements du cœur pendant la résolution des oreillons, le pouls tombait à 48, 46 pulsations; nous retrouvons ce fait dans l'histoire de notre second malade.

On cite de plus quelques observations où les lésions étaient plus sérieuses. Isham rapporte l'observation d'un enfant de 4 ans, pris d'oreillon grave avec fièvre, et chez lequel, à la suite d'une promenade intempes- tive, le cœur s'est pris présentant un double bruit tenant du souffle et du frottement, avec prédominance du bruit systolique. Un deuxième cas, de J. Appleyard, a trait à des oreillons graves avec souffles cardiaques, température élevée et métastase

testiculaire. Enfin, dans une observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (juin 1884), on peut lire l'histoire d'un malade du service de M. Grancher, chez lequel il s'est produit une endo-péricardite, non dès le début, mais dans le cours de l'orchite ourlienne; elle s'accompagna de fièvre et de malaise général et disparut sans laisser de trace. C'est ce qui arrive le plus souvent. Cependant on a vu ces lésions persister longtemps après la guérison de la maladie; et Bourgeois, dans sa thèse, cite un cas d'endocardite ourlienne, dont on entendait encore le souffle quelques mois après la guérison complète des oreillons.

Mais, d'après M. Jaccoud, alors même qu'elle passe à l'état chronique, le pronostic de cette endocardite ne serait pas très alarmant.

Si les cas d'endocardite pure sont assez rares, il n'en est pas de même de la péricardite, dont on trouve de nombreuses observations dans la thèse de M. Gachon où elle est signalée dans certains cas de pseudo-rhumatisme ourlien. Elle est décrite longuement dans la thèse de Notaris (1887).

Dans une première catégorie de faits, on l'observe chez des malades qui présentent des antécédents nettement rhumatismaux. Aussi serait-on tenté de rapporter ces manifestations cardiaques à la diathèse plutôt qu'à la maladie intercunexte. Toutefois, les caractères qu'offre en pareil cas la péricardite, (à lésions peu étendues, à forme sèche le plus souvent, et se compliquant rarement d'endocardite) nous semblent suffisants pour admettre que la lésion car-

diacque est bien sous la dépendance de la maladie ourlienne.

D'autres fois, le fait est plus évident encore, les malades ne présentent en effet ni rhumatisme, ni même douleurs pseudo-rhumatismales; l'inflammation de la séreuse du cœur ne peut évidemment être attribuée aux états diathésiques antérieurs.

Dans un ou deux cas seulement, la guérison a été complète. Le plus souvent, le malade a conservé un frottement péricardique très manifeste.

Comme la séreuse cardiaque, la séreuse cérébrale peut être touchée. Et, dans cette maladie si bénigne, les manifestations nerveuses sont presque les seules qui aient par elles-mêmes un pronostic grave, presque les seules qui puissent causer la mort. Déjà Hamilton avait appelé l'attention sur le délire et les convulsions survenues dans les épidémies qui ont sévi sur les garnisons de Linn (1758) et d'Edimbourg (1761), et signalé déjà la terminaison fatale. Après lui, Trénel, Astley Cooper, Groffier, et plus près de nous Malabouche, dans sa thèse, et le docteur Gillet ont cité des cas de mort par accidents nerveux dans les oreillons.

Mais heureusement le pronostic est loin d'être toujours aussi grave, et en général les accidents cérébraux et méningitiques, qui apparaissent se dissipent vite et complètement sans laisser de trace. Behr rapporte des exemples de ce fait bien connu depuis les leçons de Trousseau.

Nous croyons devoir, à ce propos, reproduire en passant l'observation suivante due à M. Laveran :

« Au mois de janvier 1875 je recevais dans mon service au Val-dè-Grâce un militaire qui présentait les symptômes suivants : fièvre intense, pouls normal, nausées, vomissements bilieux, céphalalgie frontale extrêmement vive, vertiges, malaise général, insomnie, rêvasseries, constipation. Pendant vingt-quatre heures, je fus sur le point de diagnostiquer une méningite de la convexité, quand le malade accusa une douleur au testicule droit; cet organe était doublé de volume, douloureux à la pression, et il n'y avait pas trace d'écoulement urétral. Malgré la gravité apparente des symptômes, je portais un pronostic favorable, et, quarante-huit heures après, la défervescence se produisait et tous les symptômes nerveux disparaissaient. J'appris alors qu'il y avait une petite épidémie d'oreillons dans le régiment auquel appartenait le malade. »

M. Gailhard, soutenant la parenté des oreillons et du rhumatisme, compare ces accidents nerveux aux formes cérébrales du rhumatisme articulaire aigu.

Si on ne peut suivre complètement l'auteur dans cette opinion, il est pourtant à remarquer que certaines manifestations cérébrales, isolées ou associées à des troubles cardiaques, peuvent se rencontrer dans dans le pseudo-rhumatisme ourlien. Il pourrait donc être légitime de les grouper dans un type rhumatismal, type simplement clinique qui ne préjuge rien de la nature de l'affection.

Enfin récemment, paraît, sur cette question des troubles cérébraux dans les oreillons, un important mémoire de MM. Lannois et Lemoine que nous avons mis largement à contribution.

A côté des accidents méningitiques, qui se présentent avec des allures si menaçantes, ces auteurs signalent des accidents cérébraux, non plus aigus et transitoires, mais qui persistent pendant un temps relativement long et attestent une lésion plus grave du cerveau lui-même ; nous voulons parler de l'aphasie et des paralysies. Nous en allons citer quelques exemples. Monro rapporte un cas dans lequel il y eut au début des phénomènes méningitiques (fièvre énorme, délire, coma, pouls filiforme, etc.), qui furent suivis de troubles de la parole, d'agraphie, de parésie et d'incoordination des membres supérieurs, troubles qui persistèrent pendant six mois.

Dans une observation de Janson-Zuède; il est question d'aphasie et d'une paralysie localisée au bras droit : accidents transitoires.

L'aphasie domine dans une observation de Sorel (décembre 1883). C'est à peine si le malade avait recouvré l'intégrité de la parole au bout de quinze mois.

Dans le travail de MM. Lannois et Lemoine auquel nous empruntons ces faits, ces auteurs font mention de quelques cas, dans lesquels il y eut aphasie et hémiplegie droite, accidents qui persistèrent longtemps.

Nous pouvons rapprocher de ces accidents paralytiques une observation de Baas (1886), dans laquelle se trouve signalée une paralysie ou mieux, une parésie de l'accommodation chez une fillette de 7 ans, qui, trois semaines auparavant, avait eu les oreillons.

Mais comment expliquer ces troubles nerveux ? C'est une question qu'il est dès aujourd'hui difficile de résoudre d'une façon catégoriquement affirmative. Car, dans les rares autopsies que l'on a pu faire, et dont il est d'ailleurs fort difficile de trouver la relation, il n'y a pas trace de lésions du côté des méninges ou de l'encéphale. Comme dit M. le professeur Peter, « la cervelle est atteinte parfois d'une façon tellement rapide qu'on est encore à ignorer la lésion ; tout s'est dissipé après la mort. »

Cependant on a essayé de les expliquer. Pour Eichhorst, il y aurait simple hyperhémie cérébrale passive, due à la compression de la veine jugulaire par la tumeur parotidienne, mais cette explication n'est plus vraie pour les faits dans lesquels la lésion cérébrale siégeait du côté opposé à l'oreillon, ni dans les cas où les troubles cérébraux apparaissent lors de la disparition de la parotidite.

On a invoqué la possibilité d'embolies cardiaques, suite d'endocardites ; mais il est des cas où le cœur n'est pas touché, et de plus l'embolie ne pourrait expliquer les phénomènes d'excitation cérébrale.

MM. Lannois et Lemoine rattachent les accidents encéphaliques à des lésions méningées d'ordre congestif et inflammatoire ; le plus souvent celles-ci ne déterminent qu'une irritation superficielle, qui disparaît rapidement après avoir donné lieu à des symptômes plus redoutables en apparence qu'en réalité. Dans quelques cas rares, elles donnent naissance consécutivement à des lésions de l'encéphale lui-

même (encéphalite ou ramollissement) qui produisent alors des aphasies et des paralysies plus ou moins graves et durables. Parfois elles peuvent entraîner la mort. D'où la nécessité d'une thérapeutique immédiate et énergique (émissions sanguines locales, purgatifs, etc.)

Nous venons d'étudier les manifestations articulaires, cardiaques et cérébrales des oreillons, nous avons vu qu'on pourrait les ranger en quelque sorte dans un même type clinique qui constituerait un *type rhumatismal*. Est-ce à dire pour cela que nous considérons les oreillons comme une affection rhumatismale?

Cette opinion a été déjà soutenue par J. Franck Eisenman, défendue ensuite par Bergeron, et, plus près de nous, par M. Granier (de Lyon). Mais il est difficile de voir dans les oreillons une fièvre rhumatismale; « d'ailleurs, comme l'a bien dit M. Laveran, quoi de commun entre le rhumatisme, maladie diathésique, qui se localise sur les séreuses, récidive fréquemment, est héréditaire et non contagieuse, et les oreillons, maladie aiguë, contagieuse, ne récidivant presque jamais et se localisant de préférence sur les tissus glandulaires. »

L'arthritisme, il est vrai, peut prédisposer aux accidents rhumatismaux dans le cours des oreillons. Et en effet, on trouve signalés dans quelques observations des antécédents rhumatismaux. Il semblerait donc que, dans certains cas, il peut y avoir simple affaire de coïncidence, le rhumatisme

articulaire aigu se trouve alors associé à des oreillons. Ce n'est pas là la forme qui nous occupe.

Les arthropathies que nous trouvons le plus souvent dans les oreillons n'ont pas les allures du rhumatisme vrai. Et alors n'est-il pas plus naturel, dans l'état actuel de la science, de ranger ces rhumatismes ourliens dans le groupe nosologique qui a été désigné sous le terme générique de pseudo-rhumatismes infectieux, comme cela se passe dans la blennorrhagie, par exemple.

L'existence de lésions cardiaques dans le cours du rhumatisme ourlien prouverait-elle la nature rhumatismale? Non, car la coïncidence de ces deux manifestations est loin d'être constante, et bon nombre de cas d'endo-péricardite, signalés dans le cours des oreillons, surviennent, nous l'avons vu, en l'absence et en dehors de toute tare rhumatismale. N'est-ce pas ce qui arrive dans toutes les maladies infectieuses, l'érysipèle, par exemple, et il ne viendra jamais à l'esprit de faire de l'érysipèle une affection rhumatismale à cause de la présence d'une endocardite.

La même remarque peut s'appliquer aux manifestations cérébrales. Certains auteurs ont tenté de les expliquer par des preuves anatomo-pathologiques; mais, outre qu'elles sont difficiles à vérifier, elles ne pourraient que nous éclairer sur la lésion, sans jeter un jour nouveau sur la pathogénie. N'est-il pas plus simple de considérer ces manifestations cérébrales, de même que les lésions du cœur et des articulations, comme des manifestations infectieuses analogues, par

exemple, à la méningite à pneumocoques que l'on a signalé dans la pneumonie.

En résumé, pour nous comme pour la plupart des auteurs modernes, l'oreillon est une maladie infectieuse qui peut avoir ses déterminations articulaires, cardiaques et cérébrales, isolées ou associées, comme toutes les infections. Certains cas du reste ne sauraient s'expliquer si nous n'admettions pas cette manière de voir.

Écoutons le récit du cas suivant, dû à M. Joffroy :

Il s'agit d'une fillette de 4 ans 1/2 qui, le 28 avril, eut les oreillons durant huit jours. Le 6 mai, elle éprouve des douleurs lancinantes dans les bras ; le 8, dans les cuisses et les jambes, avec fourmillements.

Le 18 mai, se montra la paraplégie ; le 19, légère atténuation. Le 27, paralysie des deux membres supérieurs, et, le 7 juin, palpitation et incontinence nocturne d'urine.

A ce moment on constatait une paralysie flasque des quatre membres, surtout des inférieurs, l'abolition des réflexes tendineux, de la contractilité galvanique et faradique des muscles. La sensibilité générale était émoussée, les sens spéciaux étaient intacts.

On hésitait entre deux diagnostics : mal de Pott, et paralysie spinale subaiguë. M. Joffroy admet la paralysie ourlienne, analogue aux paralysies diphtéritiques, avec pronostic favorable. Et, de fait, sous l'influence d'un régime tonique, de l'iodure de potassium, des frictions et de l'électricité, l'enfant était presque guérie au bout d'un mois, et complètement à la fin de l'année.

N'est-ce pas là en effet l'analogue de ces paralysies

de la diphtérie que nous savons être une maladie infectieuse au premier chef.

Dans quelques observations, et dans une des nôtres en particulier, nous trouvons signalés deux symptômes appartenant bien aux maladies infectieuses, nous voulons parler de la tuméfaction de la rate et de l'albuminurie.

La tuméfaction de la rate a été signalée rarement dans le cours des oreillons; seuls Gerhard, Lichtheim et, après eux Karth en font mention. Et pourtant ce symptôme n'a pas lieu de nous étonner, dans une maladie que nous considérons comme infectieuse.

Pour l'albuminurie, il n'en est pas de même. Et, bien que les accidents du côté de l'appareil urinaire ne soient pas fréquents dans le cours des oreillons, on les trouve rapportés depuis longtemps déjà par les auteurs qui se sont occupés de cette affection. En effet, Pratalogno, à Gênes, constatait et décrivait au siècle dernier l'anasarque consécutive aux oreillons.

Behr décrit des œdèmes partiels avec fièvre. Le docteur L. Renard publie dans l'*Union médicale* de 1869 trois cas d'albuminurie bénigne survenue chez des soldats, à Antibes, pendant la convalescence des oreillons.

M. L. Colin, en 1874, rapporte que chez un malade convalescent d'oreillons survint de la bouffissure de la face, avec œdème des extrémités, sans albumine dans les urines. Mais, en 1875, il soigne un autre soldat de 24 ans, robuste, qui fut atteint, au cours d'oreillon,

d'accidents d'abuminurie aiguë (ascite, hématurie, anasarque, intoxication urémique) auxquels il succomba.

Cette observation est rapportée tout au long dans la thèse de M. Lemarchand. Ces accidents s'étaient montrés le lendemain de l'éclosion d'une orchite double, qui avait marqué le début de la maladie, et en même temps que la parotidite.

Le malade de M. Karth a eu aussi de l'albumine dans les urines, en grande quantité dans les premiers jours, alors que le gonflement parotidien et celui du tissu cellulaire avoisinant étaient au summum d'intensité et que des signes généraux d'une haute gravité indiquaient un empoisonnement profond de l'économie. Et, fait capital, à ce moment on trouvait dans les urines des bactéries en quantité considérable.

M. Jaccoud, dans sa clinique de la Pitié (1885), signale aussi l'albumine. Enfin, en 1885, paraît une note de M. Renard sur cette question. Il a rapporté quelques cas observés dans une épidémie d'oreillons qui a sévi sur la garnison d'Angers. Dans une de ces observations, chez un malade qui avait déjà eu les oreillons, et le quatrième jour d'oreillons limités aux parotides, il survint un œdème des bourses assez considérable et un œdème moindre des membres inférieurs, qui diminua un peu le lendemain; il y avait une abondante quantité d'albumine dans les urines. Guérison rapide, franche et complète. Dans une

deuxième observation, le malade succombe en quelques jours à l'albuminurie; il y eut ainsi trois cas de mort par albuminurie. Ce qu'il y a de remarquable dans cette série de faits, c'est que le seul malade qui ait guéri est celui qui avait eu déjà les oreillons.

On voit, d'après ces quelques recherches, que, dans la maladie ourlienne, les manifestations du côté du rein peuvent se traduire de diverses manières. Souvent il y a dans la convalescence une albuminurie transitoire, qui ne paraît pas grave, dure peu et disparaît sans laisser de traces. Mais, à côté de ces néphrites passagères, on peut observer aussi dans le cours de la maladie des cas d'albuminurie aiguë, dont quelques-uns ont pu entraîner rapidement la mort.

Ces troubles rénaux peuvent comme dans la scarlatine se traduire par de l'anasarque sans albuminurie, ou inversement; mais, le plus habituellement, il y aurait en même temps albuminurie et anasarque.

M. Renard ajoute à la fin de sa note : On s'aperçoit chaque jour davantage que l'albuminurie, que l'on rattachait autrefois, au point de vue de l'étiologie, presque exclusivement aux conditions de milieu (froid-humide) ou de régime (acooliques) est un accident commun, une complication fréquente de la plupart des maladies infectieuses : scarlatine, diphtérie, etc.

Et, en effet, pour ce qui est des oreillons, l'albu-

minurie pourrait s'expliquer par l'élimination de l'agent morbide, des microbes du sang, par l'urine : si cette élimination est trop considérable, elle peut produire l'inflammation ou la formation d'infractus dans les reins, d'où albuminurie.

L'histoire de ces faits est d'ailleurs encore obscure et de nouvelles recherches sont nécessaires.

Enfin, il nous reste à parler des *Types frustes* ou *abortives*, c'est-à-dire, celles dans lesquelles la localisation parotidienne manque, et qui se bornent à une des nombreuses manifestation que nous avons étudiées.

Un cas des plus complets est le suivant :

Un médecin suisse donne des soins dans une famille à une fillette de 8 ans, atteinte d'un gonflement des glandes sous-maxillaires sans réaction générale. Au bout de quelques jours, le médecin est appelé pour les six autres frères et sœurs qui tous avaient seulement un gonflement douloureux des ganglions cervicaux postérieurs et sous-auriculaires.

Un seul d'entre eux, un garçon de 4 ans, a de la fièvre, se plaint de douleurs générales et crie quand on le remue ou qu'on lui soulève seulement un membre.

Les articulations ne sont ni rouges, ni gonflées. On lui fait prendre quelques gouttes d'aconit.

Le lendemain, cet enfant est affaîsé et a de la diarrhée après avoir vomi toute la nuit. La peau est froide. La température à 36°. Les douleurs dans les membres ont totalement disparu. Le soir, le refroidissement s'est exagéré, les yeux sont creux excavés, la face est grippée, le pouls fréquent et vide.

L'enfant vomit tout ce qu'on lui donne.

Bain chaud sinapisé. Laudanum.

Le jour suivant les ganglions cervicaux sont affaissés, tout l'engorgement a disparu. Temp. 37°. Plus de vomissements.

Au bout de 24 heures, réapparition de la fièvre, de l'adénite cervicale et des douleurs générales, en même temps, le genou droit est gros et tendu.

Les jours suivants, la fièvre augmente, la respiration devient anxieuse, dyspnéique.

Tout le sternum est sensible à la pression. Et l'on constate les signes d'une pneumonie catarrhale dans le lobe supérieur gauche et le lobe inférieur droit.

Le testicule droit est considérablement tuméfié, mais pas très douloureux.

L'enflure et la sensibilité du genou droit ont diminué.

Dès le lendemain de son apparition, l'orchite a disparu,

L'arthrite dura en tout 6 jours.

Pendant 3-4 jours, le petit malade eut des transpirations profuses, de la dyspnée, avec un faciès livide, et un état général adynamique.

Il y eut du ballonnement du ventre qui devint dur et sensible à la pression. Puis commence la résolution de la pneumonie, et bientôt le malade entre en convalescence.

Voilà certes un bel exemple de formes frustes d'oreillons, et il est certain que le diagnostic a dû rester en suspens pendant plusieurs jours; et il n'a été absolument confirmé que lors de l'apparition de l'orchite, et encore celle-ci a duré si peu qu'elle aurait très bien pu passer inaperçue.

Ces cas anormaux, abortifs, des oreillons se montrent surtout dans les épidémies, et la fréquence de chacune des manifestations varie avec chaque épidémie.

Nous trouvons une autre variété de ces types

frustes dans l'observation suivante, résumée, tirée de la thèse de M. Plagneux :

OBS. — Orchite ourlienne sans gonflement parotidien suivi de douleurs articulaires.

Servant Pierre, âgé de 21 ans, soldat au 3^e marine, entre le 22 février pour orchite ourlienne; comme antécédent, il avait eu 6 mois auparavant un rhumatisme articulaire aigu.

Il y avait 4 jours que le malade, à la suite de frissons répétés, avait vu son testicule droit augmenter de volume, en même temps il ressentait un malaise général avec faiblesse musculaire.

A son entrée, testicule droit volumineux et douloureux. Pas de gonflement parotidien. Légère bronchite. Langue saburrale, depuis 5 jours, anorexie, constipation.

Pendant les quelques jours suivants, le testicule diminue de volume et devient moins douloureux. La température descend à 37°.

Le 28, apparition de douleurs vives au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite; mouvements pénibles.

Le 2 mars, nouvelles douleurs au creux épigastrique et à la région lombaire.

Ces douleurs persistent plusieurs jours sans élévation de température.

Le 5 mars, congestion de la face, conjonctivite bulbaire. Langue subarrale. Anorexie. Nouvelle douleur du testicule droit, avec un peu de gonflement. Exaspération des douleurs du genou, de la hanche droite et apparition de douleurs au coude et à l'épaule droite.

Ces douleurs persistent quelques jours et disparaissent.

Ici, simple orchite, suivie de douleurs articulaires

et accompagnée d'un embarras gastrique tenace ; mais sans fièvre.

Le diagnostic n'a d'ailleurs pas présenté de difficultés, on se trouvait dans un milieu épidémique.

COMPLICATIONS

Ainsi que nous le disions au début, et comme on a pu le voir par la longue étude que nous venons de faire, ce chapitre des complications va se trouver singulièrement réduit. Car la plupart des manifestations au cours des oreillons qui dépassent la forme ordinaire (parotidienne et bénigne), ne sont pas des complications au vrai sens du mot qui leur impliquerait, comme origine, des inflammations de nature différente. Au contraire, elles semblent procéder d'une source pathogénique unique et leur différence ne résulte que de la variété des parties frappées par le même principe morbide, ou du degré d'action et de la manière de se comporter de ce principe. Ce ne sont, pour ainsi dire, que des *erreurs de lieu* de la maladie. Sous l'influence d'une cause quelconque, tel ou tel point de l'organisme est mis en état d'infériorité, devient un *locus minoris resistentiæ*, un point d'appel, et le poison, le microbe, si l'on veut s'y porte; d'où une forme anormale, une nouvelle manière d'être de l'affection.

Dans ces complications, les unes sont locales, les autres générales.

Nous allons d'abord étudier les accidents qui peu-

vent succéder à certaines formes, à certaines localisations de la maladie.

Et ceci nous amène à étudier les terminaisons ou les suites rares des parotides et des orchites, que nous n'avons fait que mentionner avec les formes.

Nous avons dit que la tuméfaction parotidienne pouvait se terminer, exceptionnellement il est vrai, par supposition.

Le cas le plus ancien et le plus célèbre est dû à Dionis du Séjour, dans sa relation de l'épidémie des demoiselles de Saint-Cyr (1707).

Depuis on ne trouve qu'une épidémie d'oreillons suppurés à Neustadt et en 1869, un seul cas observé par M. Laveran à l'hôpital militaire Saint-Martin. Le malade n'avait eu qu'un oreillon assez volumineux à droite. Dix jours après son entrée, la suppuration était établie avec tous les signes qui l'accompagnent : fièvre, frissons, tension, rougeur de la région ; puis l'empâtement prend la dureté franchement phlegmoneuse ; en même temps se montre l'œdème périphérique qui augmente la gêne fonctionnelle. Il y a des battements atroces, puis la région s'acumine en un point et la fluctuation devient manifeste.

Il est à remarquer que cette suppuration, toute superficielle d'ailleurs, n'ajoute rien à la gravité de la maladie.

Si la terminaison par suppuration est rare pour l'orchite, celle-ci n'amène que trop souvent une conséquence bien plus fâcheuse.

Nous voulons parler de l'atrophie du testicule qui

suit la plupart du temps la fluxion testiculaire que nous allons étudier avec quelques détails.

Hamilton paraît être le premier auteur qui ait étudié cette terminaison de l'orchite ourlienne (1761).

Oubliée pendant quarante ans, elle est remise à l'ordre du jour par Murat, en 1803 ; mais on en parle peu.

Quelques auteurs même la nient, comme Astley Cooper et Vidal de Cassis. Il était dû à Grisolle de la faire bien connaître, et la leçon clinique qu'il fit à ce sujet à la Charité est restée justement célèbre (*Gaz. des hosp.*, 1866).

Il fait l'histoire complète de l'affection, cite les auteurs qui l'ont signalée avant lui et cite quatre faits qu'il a observés. Il ajoute : « D'ailleurs ces faits doivent être très fréquents, la rareté de cet accident n'étant probablement qu'apparente, les malades échappent à l'observation avant que l'atrophie ait eu le temps de se produire.

Depuis Grisolle les observations se multiplient : Th. de Combeau (1867), observations de Humphry, Guersant, Verneuil, Chatain, clinique de Gosselin (1876). Enfin, M. Reclus, dans sa thèse, mentionne le seul examen histologique qui ait été fait d'un testicule atrophié par suite d'orchite ourlienne.

Il a paru sur ce sujet des travaux de nombreux médecins militaires : Juloux, Sorel, Servier, Laveran (1878), et un article de Lereboullet, la thèse de Bich et une note de Tedenat dans le *Montpellier médical*.

L'atrophie, plus fréquente qu'on ne le croit, frapperait environ deux testicules sur trois atteints d'orchite ourlienne, soit environ 64 0/0. Elle surviendrait surtout chez les adolescents de 18 à 25 ans et il y aurait un rapport direct entre l'intensité de l'orchite et l'atrophie. Plus la flexion aura duré de temps, plus seront nombreuses les chances d'atrophie, ce qui peut s'expliquer par ce fait que l'exsudat étant plus près de s'organiser se résorbera plus difficilement et les canaux séminifères, longtemps comprimés et obstrués, reprendront difficilement leur calibre.

Voici ordinairement comment se manifeste cette atrophie :

Quelque temps après la disparition des signes aigus de l'orchite, ce qui frappe le plus à l'examen, c'est la diminution de volume de l'organe, variable suivant les sujets et la période à laquelle se pratique l'examen.

Parfois à peine sensible dans les cas heureux, la diminution peut être d'un tiers, de la moitié, des deux tiers; parfois même le testicule, réduit à ses enveloppes, ne présente plus qu'un sac vide et fort petit, ou bien il n'a plus que le volume d'une fève, d'un haricot (cas de Laveran, Servier, Lereboullet). Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il conserve sa forme; même réduit à ce petit volume, il est lisse et n'offre ni les irrégularités ni les bosselures du testicule syphilitique. Il est entouré par l'épididyme qui reste sain, fait signalé par M. Reclus.

Parfois il reste, dans les cas où il y avait épidi-

dymite, certaine induration de l'épididyme. La consistance du testicule en voie d'atrophie, d'abord molle et pâteuse sans douleur, redevient bientôt normale ; puis, bien que l'atrophie persiste, le testicule devient dur, résistant, fibroïde à mesure des progrès de l'atrophie.

La pathogénie de cette atrophie est bien difficile à établir. Grisolle, faisant ressortir le contraste qui existe entre les signes en réalité si bénins de l'orchite et sa terminaison si fâcheuse, invoque deux circonstances pour l'expliquer :

1° Le siège de l'affection dans le corps de l'organe, l'affection étant une orchite parenchymateuse ;

2° Sa nature spécifique qui est une sorte d'infection. Il admet donc l'existence d'un agent spécial, inconnu dans son essence, et il conclut que l'atrophie est le résultat d'une compression exercée sur l'élément glandulaire par un exsudat interstitiel développé sous l'influence d'une congestion ou d'une inflammation.

Jourdan reprend cette théorie.

C'est à M. Reclus qu'on doit l'interprétation la plus précise de l'atrophie testiculaire, car elle est fondée sur le seul examen anatomique et histologique qui ait été fait de ces lésions.

Dans un cas d'orchite ourlienne suivie d'atrophie du testicule, M. Reclus a décrit les lésions suivantes : le testicule est mou, flasque, l'albugime trop large pour son contenu, se plisse à sa surface ; la substance glanduleuse est anémiée, opaline, d'un blanc laiteux ;

la surface de section est lisse, les tubes séminifères ne s'y diminuent que vaguement, on peut encore les dérouler, mais ils sont si grêles qu'ils ne tardent pas à se rompre.

L'examen histologique fait par M. Malassez a donné les résultats suivants : le tissu conjonctif interlobulaire n'est pas épaissi, les vaisseaux ne sont pas altérés; les tubes séminifères altérés de volume ont comme diamètre total 60 à 120 μ au lieu de 150 à 200 ; la paroi externe des tubes est intacte, la tunique interne notablement épaissie. L'épithélium a disparu et les tubes séminifères sont transformés en cordons pleins. Sur bon nombre de points on distingue au centre de ces tubes des débris épithéliaux.

En résumé, les tubes séminifères sont seuls atteints dans l'orchite métastatique comme dans l'orchite traumatique.

Il y a hypertrophie de la tunique interne avec destruction de l'épithélium et disparition de la cavité, ce qui les transforme en cordons pleins. La poussée inflammatoire a donc pour siège le tube séminifère lui-même. C'est donc bien une sclérose parenchymateuse.

La marche de cette atrophie n'est pas régulièrement la même. Bich distingue trois cas : dans le premier, après un certain degré de mollesse de l'organe atteint, il se fait une *restitutio ad integrum*, l'organe reprend son volume, ses fonctions. Dans le deuxième cas, il y a diminution de volume plus apparente, plus persistante. L'organe est amoindri, les désirs vénériens sont

moins vifs et moins fréquents, mais la malade n'en reste pas moins puissant et fécond. Enfin, dans le troisième cas, il y a atrophie complète, diminution de la puissance génésique si l'atrophie porte sur un seul organe, et impuissance complète et infécondité si la lésion est double.

Cet atrophie amène de facheuses conséquences telles que la gynécomastie, c'est-à-dire hypertrophie des mamelles, soit par prédominance du tissu adipeux soit par hypertrophie glandulaire, le féminisme : état caractérisé par un ensemble de phénomènes extérieurs rappelant ceux de la femme (apparence chétive; formes arrondies, voix d'eunuque). Enfin, on a signalé une prédisposition particulière du testicule non atteint à s'enflammer.

Ces tristes terminaisons de l'orchite ourlienne montrent assez la gravité du pronostic et suffiraient à prouver l'utilité des mesures prophylactiques dans les cas d'épidémie d'oreillons.

Les autres accidents qui s'offrent à nous sont d'abord d'ordre purement mécanique, ce sont ceux qui résultent du développement exagéré que peut prendre la tumeur dans certains cas, surtout dans ces oreillons étendus à tout l'appareil salivaire, et auxquels s'ajoute un gonflement énorme avec œdème du cou.

D'abord il peut se produire une compression de la trachée, et à la suite de la gêne respiratoire, de la dyspnée. Bougard, rapporte même le cas d'un homme dont les oreillons étaient si volumineux qu'ils com-

primèrent le larynx de la trachée, et entraînèrent la mort par asphyxie.

Autrement sérieuse est la compression des vaisseaux du cou, qui amène un trouble dans la circulation encéphalique, et c'est à la congestion cérébrale qui en est la conséquence, que l'on a attribué quelques-uns des nombreux accidents nerveux signalés au cours de la maladie.

Cette gêne circulatoire, et la congestion consécutive des cavités intraoculaires, seraient aussi la cause, d'après M. Hatry, de troubles importants du côté de l'appareil visuel. M. Fournié, y a de plus signalé une conjonctivite compliquée ou non d'œdème palpébral et parfois de kératite ulcéreuse, et différents troubles sensoriels, les uns précoces, ordinairement bénins, les autres tardifs, assez souvent graves. On observerait parfois des phénomènes d'amblyopie ordinairement passagère, avec congestion et œdème papillaire (D^r Matrich).

Les troubles, de l'ouïe sont assez fréquents ; aussi sont-ils souvent mentionnés depuis quelques années par S. Moos (1881) Cabnettes, G. Brünner (1882), etc. Pendant sept à huit jours, on observe des bourdonnements d'oreille, avec état nauséux, vomissements et vertige, sans fièvre ni douleur ordinairement. Ces symptômes sont rapidement suivis d'une surdité uni-ou bilatérale, le plus souvent unilatérale. Cette surdité est presque toujours complète, définitive et incurable. Dans la majorité des cas (L. Connor), elle paraît relever d'une lésion du labyrinthe, débutant quelquefois par

le limaçon, plus fréquemment par les canaux demi-circulaires. L'important serait d'examiner les malades dès les premiers troubles auditifs, de façon à s'assurer que l'affection ne se propage pas de la parotide au labyrinthe par l'intermédiaire de l'oreille moyenne. Dans ce dernier cas, on pourrait espérer prévenir une surdité définitive.

Du côté de l'appareil respiratoire, les accidents ne sont pas très communs. Ces accidents pulmonaires ne sont pas, d'emblée du moins, de nature inflammatoires et ne réalisent pas, en un mot, le type des pneumonies franches (Trousseau). Ils s'en distingueraient au contraire par leur caractère congestif, leur mobilité, leur fugacité, leur superficialité qui les rapprocheraient plutôt de l'inflammation érysipélateuse (Franck), par l'incertitude de leurs signes stéthoscopiques, la nature de l'expectoration, de la toux, l'état du pouls, la température, le point de côté, le frisson initial, etc...

Ce sont plutôt des congestions, de pneumonies bâtarde dont lieu à un point de côté, mais moins aigu, à de la matité, à du souffle, à de la bronchophonie, à des râles ; des congestions sourdes, mobiles, non permanentes, non continues, sans hépatisation véritable, et n'ayant pas le frisson, si accusé de l'inflammation pleuro-pulmonaire franche. M. Delmas, a rapporté une épidémie de pneumonie, coïncidant avec une épidémie d'oreillons ; nous détachons l'observation suivante :

Le malade, atteint d'oreillons parotidiens et sous-maxillaires, avec orchite, ayant déçu rapidement et presque disparu au bout de 7 jours, quand le malade est repris de fièvre. La peau est chaude, le pouls très fréquent et irrégulier. Il y a récurrence des oreillons.

Point de côté, céphalgie, fièvre. A l'examen, matité à la base droite. Diminution de la respiration. Pas de râle. Crachats muco-purulents, avec infiltration couleur brique pilée. Tartre stibié.

Le lendemain, anxiété grande, yeux injectés, 39°9. Matité Bronchophonie. Vésicatoire.

Les orales disparaissent le 11^e jour. Ligne de bronchopneumonie.

Le 21^e jour, délire qui disparaît en deux jours. L'état du malade s'est ensuite amélioré progressivement.

M. Delmas a aussi signalé des pneumonies graves avec phénomènes d'asphyxie. Et on a mentionné un cas de broncho-pneumonie (Boinet, de Lyon), qui s'est terminé par la mort.

Si toutes les lésions précédentes que nous avons décrites comme des complications sont déjà fort difficiles à expliquer, que dirons-nous des quelques accidents suivants, dont nous avons trouvé les observations dans nos recherches bibliographiques.

Ainsi, que penser de ce cas, dû à M. Haldeman, d'un homme de 28 ans, atteint d'oreillons et qui mourut le onzième jour d'embolie pulmonaire. Les embolies ténues venaient des parties malades chargées de matière septique; elles se sont arrêtées dans l'artère pulmonaire et ont déterminé une pneumonie circonscrite qui a entraîné le malade.

Comment se rendre compte encore de cet autre fait peut-être unique dans la science et dû au même auteur : Il s'agit d'une femme de 20 ans, enceinte de sept mois, et qui, au cinquième jour d'oreillons, avorte d'un enfant mort depuis quelques jours. A la suite, elle est prise de délire et meurt le douzième jour.

SIÈGE DES LÉSIONS

et nature de l'affection

Nous en avons fini avec l'histoire clinique des oreillons. Mais notre travail ne serait pas complet, si nous n'examinions quelques points qui ont été longtemps l'objet de controverses, et qui ne sont pas encore complètement établis; nous voulons parler du siège exact des lésions et de la nature de l'affection.

L'anatomie pathologique est encore à faire, ce qui s'explique par la bénignité de la maladie qui n'a donné que bien rarement l'occasion de faire des autopsies, et la question du siège exact des lésions demeure lettre close (Jaccoud). Son tissu de prédilection est le tissu glandulaire; c'est, si l'on veut, son lieu d'origine et, comme le disait Roche dans le *Dictionnaire en 15 volumes*, son point de départ, son siège principal et souvent exclusif, existe dans la parotide.

Pour Bégin, la maladie réside manifestement plutôt dans les ganglions lymphatiques, dans les tissus lamineux et les tissus cellulo-fibreux qui entourent et recouvrent la glande que dans le tissu propre de celle-ci.

Pour Vallier, c'est la glande elle-même qui est atteinte.

Pour Grisolles, c'est le tissu cellulaire de la région parotidienne; telle est aussi l'opinion de Rilliet et Barthez.

L'autopsie faite jadis par Rilliet sur un gendarme, qui fut, dans le cours d'oreillons emporté par une tuberculose et celle faite plus récemment par M. Colin sur le soldat mort d'anémie ne pourraient éclairer sur le siège exact de la maladie.

Il est vrai que cette détermination importe moins à bien connaître, aujourd'hui que la maladie semble devoir être définitivement abandonnée en tant qu'affection locale.

Que savons-nous enfin sur sa nature?

Pour répondre à cette question et lui donner une solution conforme aux idées actuelles, il nous paraît bon de résumer rapidement toutes les opinions que l'on s'en est faites aux différentes époques.

Pour certains auteurs, c'est une maladie à frigore, qui ne reconnaît pour cause déterminante que le froid, des influences à frigore un refroidissement brusque dans une atmosphère humide. C'était l'opinion de Béhier; reprise dans la thèse de M. Jobard et dans un travail de M. Jacob qui rattache les épidémies d'oreillons aux actions de l'atmosphère et n'admet pas leur spécificité.

A côté de cette théorie prend place celle de Vischow, qui place le point de départ de l'affection dans une inflammation de la muqueuse bucco-pharyngienne, propagée par le canal de Stenon, jusqu'au parenchyme glandulaire. L'oreillon serait un catarrhe

simple des canalicules glandulaires, n'ayant aucune tendance à la suppuration. C'est là aussi l'opinion de M. Bouchut.

Nous ne parlerons que pour mémoire, l'ayant déjà examinée, de l'opinion de certains auteurs qui voudraient faire de cette affection une fièvre rhumatismale (Franck, Bergeron, Granier).

Génés par l'allure épidémique et contagieuse, certains militaires, qui observent la maladie sous tous ses aspects, font jouer un rôle à la constitution médicale et au terrain. Et l'on est ainsi amené peu à peu à la rapprocher des maladies générales.

Dès le siècle dernier, les conditions d'épidémicité, de contagion et de diffusion avaient frappé certains observateurs sagaces, et la maladie pour eux devait être mise au rang des fièvres éruptives. Nous avons vu que Pratolongo en 1782 avait émis cette opinion, et nous savons que depuis, Troussseau, Peter, Guéneau de Mussy et M. Colin l'ont énergiquement défendue. De là à se demander près de laquelle des fièvres éruptives on devait la placer, il n'y avait qu'un pas — et beaucoup d'observateurs ont essayé de le franchir.

Servier a observé à Bayonne une épidémie d'oreillons coïncidant avec une épidémie de rougeole, et naturellement il suppose qu'un même germe s'est abattu sur la ville et, suivant le terrain, a provoqué deux épidémies différentes.

M. Calmette rapporte ce fait, qui n'est peut-être qu'une coïncidence. C'est que dans une épidémie les malades qui venaient d'être revaccinés eurent des

oreillons bénins, tandis que ceux qui ne l'avaient pas été eurent les formes graves. Et il se demande, si le vaccin, en tant que fièvre éruptive, n'épuise pas le terrain sur lequel la fièvre ourlienne vient à se développer, ne déterminant ainsi qu'une maladie abâtardie et privée des éléments qui peuvent déterminer dans l'économie des phénomènes graves.

Luche a fait cette observation, dans la grande épidémie qu'il rapporte, que la fièvre, qui ne fut ni constante ni intense, débuta ordinairement avec les symptômes locaux, à l'inverse des fièvres éruptives.

Sorel, en étudiant le cycle de la fièvre, cycle qui d'après lui a de grandes analogies avec celui de l'érysipèle atténué, se demande si les déterminations parotidiennes, testiculaires, etc., ne sont pas accessoires et si la fièvre n'est pas tout. Il y aurait pour lui une fièvre testiculaire (comme Morton l'avait déjà dit), aussi bien qu'il y a fièvre érysipélateuse pour l'érysipèle, et fièvre ortrée pour l'urticaire. Et P. Fabre, élargissant le crâne, se demande s'il ne serait pas juste d'en faire une fièvre glandulaire.

Fehr, observant sur lui-même, croit que l'oreillon se rapproche surtout de la scarlatine. Mais il insiste trop sur la valeur de l'angine du début; et il cite un cas d'oreillons congénital coïncidant avec une épidémie de scarlatine.

Enfin, M. Salland a tenté un rapprochement entre les oreillons et la fièvre typhoïde, mais les faits cités par l'auteur lui-même démontrent que les oreillons

mêmes micro-organismes dans la salive, le sang et l'urine de malades atteints d'oreillons.

Ces microbes ont été cultivés, mais les inoculations ont toutes échoué.

Sans doute il manque à ces recherches la sanction de la preuve expérimentale, c'est-à-dire la reproduction chez l'animal de la tuméfaction de la région parotidienne à la suite de l'injection des produits de culture. Des essais nombreux ont été tentés sans succès. Mais, dit Karth, on ne trouve pas d'espèce animale susceptible d'avoir spontanément une affection analogue aux oreillons; il n'est donc pas étonnant qu'on n'ait pas encore trouvé moyen de les provoquer chez eux artificiellement. En somme, il reste à faire pour les oreillons ce que M. Pasteur a fait pour le charbon et pour le choléra des poules, et ce que MM. Bouchard, Capitan et Charion ont fait pour la morve.

Quoi qu'il en soit, le fait de l'existence très probable, sinon certaine d'un agent infectieux dans l'affection ourlienne doit modifier profondément nos idées sur la nature de cette affection à propos de laquelle on a tant discuté pendant des siècles.

Et, en effet, si nous étudions la maladie dans son développement, dans ses manifestations multiples, il paraît conforme à l'observation, de voir là une maladie infectieuse engendrée par un agent spécifique.

C'est d'abord une maladie épidémique et contagieuse, mais la contagiosité, quoique bien établie et d'observation vulgaire et courante, est ici bien loin d'avoir la puissance de celle de la scarlatine, diphté-

ne confèrent pas l'immunité pour la fièvre typhoïde, non plus que la fièvre typhoïde pour les oreillons.

Telles sont en résumé les diverses opinions émises par les auteurs sur la nature de cette étrange maladie. De leur travaux, on peut conclure que s'ils ont été gênés pour classer l'affection dans tel ou tel cadre en se basant sur des analogies, la plupart au moins la considèrent comme une maladie générale comparable pour les uns aux fièvres éruptives, pour d'autres à la fièvre typhoïde, en un mot, à toutes ces maladies que, grâce aux travaux modernes, il convient de ranger dans les maladies infectieuses.

Tout, en effet, dans la maladie, dénote évidemment le caractère infectieux qui, disons-le en passant, n'est plus mis en doute par personne. Il est vrai que les travaux entrepris au point de vue bactériologique n'ont pas encore donné de résultats certains. On connaît les nombreuses recherches qui ont été faites en ce sens. Qu'on nous permette de les rappeler en quelques mots. MM. Capitan et Charion ont trouvé dans la salive et dans le sang de treize malades atteints d'oreillons des micro-organismes toujours identiques; courts bâtonnets de 2 à 3 millièmes de millimètre et des micrococcus animés de mouvements. M. Bombard les a rencontrés également dans la salive parotidienne recueillie à l'orifice même du canal de Stenon, et plus heureux que ses deux élèves, il les a retrouvés dans l'urine du malade de M. Karth.

M. Boinet et M. Ollivier ont aussi retrouvé les

rie, etc., qui, dans les services hospitaliers accusent leur pouvoir contagieux par de nombreuses transmissions, tandis que les exemples d'épidémie d'oreillons dans une salle d'hôpital sont rares.

Il y a certaines conditions de milieu quelques-unes, comme le froid, assez constantes, certaines manières d'être des individus, dont l'intervention paraît plus ou moins nécessaire à leur développement.

Ainsi pour ce qui est des conditions atmosphériques, on a remarqué la plus grande fréquence des oreillons, la durée plus prolongée de leurs épidémies, dans les pays brumeux, dans les îles, sur le littoral de la mer, leur apparition aux changements de température soudain ou consécutivement soit à un refroidissement plus ou moins prolongé (sentinelles de nuit, militaires couchés près de portes ou de fenêtres), soit à un coup de froid violent (pompier de Colin, à une température de -10°). Mais le froid et l'humidité ne sont qu'une cause adjuvante, et ne peuvent pas plus créer de toutes pièces les oreillons (L. Colin), que les influences météoriques capables d'engendrer le choléra nostras, ne créent le choléra indien, en dehors des temps d'épidémie.

Cette épidémicité de l'oreillon paraît bien établie par de nombreuses observations. Ce caractère doit être bien réel puisqu'il a été signalé par les plus anciens auteurs et qu'Hippocrate lui-même en parle déjà.

Mais ce qu'il y a de remarquable dans ces épidémies, c'est que parfois elles se concentrent dans des

limites relativement restreintes, dans un quartier, et même qu'elles peuvent se cantonner dans des établissements spéciaux, casernes, collèges, maisons et même dans certaines parties d'une même maison. Il est vrai qu'à côté de ces épidémies localisées, on en cite qui prennent parfois une extension considérable, gagnent des villes entières, et ont quelque chose de l'allure des grandes épidémies.

On a observé aussi que les épidémies d'oreillons peuvent se prolonger un très long temps par explosions atténuées. C'est peut-être cette longue durée, cette lenteur de propagation qui a fait considérer dans quelques cas cette affection comme sporadique.

Dans ces épidémies, la gravité paraît en rapport avec l'âge des sujets, le milieu et probablement aussi avec le degré de virulence de l'agent infectieux.

C'est une maladie qui atteint surtout les enfants, les jeunes gens et qui touche indistinctement les personnes lymphatiques ou nerveuses, chastes ou vigoureuses, avec des degrés variables de gravité.

Il est établi d'ailleurs que la maladie ne récidive pas ou ne récidive que rarement, et les auteurs qui cherchent dans les conditions météoriques l'origine de l'affection, ne peuvent expliquer pourquoi les causes survenant à nouveau, l'affection ne se produit pas. C'est un argument de plus pour les partisans de la spécificité des oreillons.

En résumé, l'épidémicité, la contagiosité, la non-récidivité et la diffusion rapide que présente la maladie affirment hautement sa nature infectieuse et le

caractère existe même dans les cas les plus bénins, ce qui explique qu'il est resté longtemps méconnu, c'est parce que dans les oreillons bénins, il faut chercher cet état infectieux par le thermomètre, les urines et les microscopes. Voilà pourquoi nos devanciers, tout en reconnaissant à la maladie un caractère épidémique et contagieux, ne la rangeaient pas au nombre des maladies infectieuses (Jaccoud). C'est par la diffusion progressive du microbe ou de ses produits que l'on s'explique parfaitement les diverses manifestations de cette maladie, mais il faut aussi tenir compte, ce qui n'a pas été suffisamment recherché, que ces localisations de l'infection peuvent avoir un point d'appel sur tel ou tel organe mis en état d'infériorité pour une cause quelconque qui y aurait créé un *locus minoris resistentiæ*. C'est ainsi qu'il serait peut-être intéressant de voir si l'orchite n'est pas plus fréquente chez des individus ayant eu des affections testiculaires, si le pseudo-rhumatisme n'est pas de préférence l'apanage des arthritiques.

Toutes ces données nous expliqueraient jusqu'à un certain point la bizarrerie, l'inégularité d'allures signalées par les auteurs qui avaient trouvé cette idée de métastases pour expliquer ce que la pathologie générale nous montre bien n'être que des formes, bénignes ou graves, simples ou complexes, de la maladie selon la nocivité de la graine et la réceptivité du terrain.

CONCLUSIONS

I. — Les oreillons peuvent se présenter sous des formes diverses :

1° Des *formes régulières*, comprenant :

Un *type simple*, celui qui n'est caractérisé que par la fluxion parotidienne seule, avec ou sans phénomènes généraux, ceux-ci ordinairement peu intenses lorsqu'ils existent. C'est la forme qu'ils prennent dans l'immense majorité des cas chez l'enfant.

Des *types complexes* qui, selon les localisations secondaires, peuvent constituer plusieurs variétés ;

Une *variété salivaire*, dans laquelle tout le système des glandes salivaires est pris ;

Une *variété sexuelle* ou *génitale*, à manifestations multiples dans les deux sexes.

Ces diverses localisations secondaires, isolées ou associées, donnent généralement lieu à des phénomènes généraux plus intenses que dans la forme simple.

2° Des *formes anormales*, dans lesquelles nous pouvons ranger : d'abord ce que nous appelons les *types inverses*, dans lesquels la maladie débute par tout autre organe que la parotide, celle-ci étant toujours envahie secondairement ;

Puis des *types graves*, où les phénomènes généraux et les signes d'infection dominent la scène.

3° Des *formes étranges*, comme les formes rhumatismales, isolées ou associées aux formes cardiaque et cérébrale, constituant dans ce dernier cas ce qu'on pourrait appeler le *type rhumatismal*.

4° Enfin, des *formes frustes* ou *larvées*, où la parotidite manque pendant toute la durée de la maladie.

II. — Avec leur caractère essentiellement épidémique, leurs phénomènes généraux parfois très marqués, leurs manifestations multiples, isolées ou associées, qui semblent autant de colonisations nouvelles d'un germe pathogène, les oreillons paraissent réaliser de la façon la plus nette le type des maladies générales, infectieuses, telles qu'on les conçoit aujourd'hui.

L'agent pathogène, il est vrai, reste à trouver, mais il est probable que les recherches microbiologiques ne tarderont pas à nous éclairer sur ce point.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- J. Appleyard.* — Un cas d'oreillons, avec souffles cudiagues, température élevée et métastase testiculaire (Lancet, janvier 1882).
- Baas.* — Une complication rare de parotidite épidémique (Klin. Monatsbles Augentbilk, juillet 1886).
- Béhier.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1874).
- Bich.* — De l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons (Th. Paris, 1884).
- Boinet.* — Note sur le microbe des oreillons (Lyon médical, mars 1885).
- Bouchard.* — Société de Biologie de Paris, novembre 1880.
- Bouchard.* — Des Néphictes infectieuses (Rev. de Médecine, 1881, p. 671).
- Bouchut.* — Sur la nature et le traitement des oreillons (compte rendu de l'Acad. des Sciences, juin 1873).
- Bourcy.* — Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (Ph. Paris, 1887).
- Bourgeois.* — De la fièvre ourlienne et de ses complications (Th. Paris, 1887).
- G. Brünner.* — Un cas de surdité complète unilatéral à la suite des oreillons (Zeitschüft für ofrenh., 1882).

- Bück.* — Perte soudaine et complète de l'ouïe dans une oreille pendant une attaque d'oreillons (American, journal of otology, 1882).
- Buxton.* — Suppression complète de la salive à la suite des oreillons (Lerat, juin 1884).
- Calmette.* — Sur une conséquence peu connue des oreillons (France médicale 1882).
- Calmette.* — Oreillons et fièvres éruptives (Arch. gén. de médecine, oct. 1883).
- Capitan et Chassin.* — Microbes dans les oreillons (Soc. de Biologie, mai 1881).
- L. Colin.* — Rapport des oreillons avec les fièvres éruptives (Soc. Méd. des hôpitaux, Union médicale, 1876).
- L. Counor.* — De la surdité, suite d'oreillons (Amer. Journal of the med. Sc., octobre 1884).
- Debize.* — De l'état typhoïde dans les oreillons (Th. Paris, 1869).
- Després.* — Orchite des oreillons (Gaz. des hôpitaux, 1875, n° 133).
- Dreyfus-Burach.* — De quelques travaux récents relatifs aux oreillons, 1885.
- A. Dumarest.* — Notes sur quelques particularités des oreillons (Lyon médical, 1876).
- Eloy.* — Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif (Union médicale, juillet 1881).
- P. Fabre.* — De l'engorgement isolé ou primitif des glandes sous-maxillaires dans une épidémie d'oreillons (Comptes rendus Soc. med. de Gannat, 1873-76).
- Fehr.* — De la nature des oreillons (Arch. f. Klin. chir., vol. XX, 1877).
- Fournié.* — Complications du côté des organes des sens dans le cours des oreillons (Arch. de Médec. milit., mars 1885).

- Fremmert.* — Nature des oreillons (D. Arch. f. Klin. medic., Hand 38, Heft 5 et 6).
- Gachon.* — Essai sur le pseudo-rumatisme ourlien (Th. Montpellier, 1887).
- Gailhard.* — Etude sur la maladie appelée oreillons; sa nature, ses expressions (Th. Montpellier, 1877).
- Granier.* — Des oreillons des orchites métastatiques et drastrophies testiculaires consécutives (Lyon méd., juin 1880).
- Grisolle.* — De l'atrophie testiculaire (Gaz. des hôpitaux, 1866).
- Guasco.* — Sur une épidémie d'oreillons qui a sévi sur la garnison de Toulouse (Th. Paris, 1883).
- Guéneau de Mussy.* — Clinique médicale, t. II.
- Haillot.* — De l'oreillon et de ses complications (Th. Paris, 1876).
- Hatry.* — Troubles visuels dans les oreillons (Revue méd. et chir. milit., 1877).
- D'Heilly.* — Art. oreillons du Dictionnaire du Méd. et Chir. pratique.
- Jaccoud.* — De l'oreillon (Gaz. des hôpitaux (1^{er} mai 1884).
- Jaccoud.* — Du caractère infectieux de l'affection ourlienne (Gaz. des hôp., juin 1885).
- Jacob.* — Les oreillons au point de vue épidémiologique et clinique (Revue mens. de Méd. Chir. milit. 1877).
- Joffroy.* — De la paralysie ourlienne (Prog. méd. 1886).
- Juloux.* — Contribution à l'étude des oreillons et de l'orchite métastatique (Rev. de mém. de Méd. et Chir. milit. 1877).
- Karth.* — Etude sur une forme grave d'oreillons (Thèse Paris, 1883).
- Lamois et Lemoine.* — Pseudo-rumatisme des oreillons (Revue de Médec., mars 1885).

- Lamois et Lemoine.* — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons (Arch. de Neurol, XI, page 1).
- Laveran.* — Art. oreillon du Dictionn. encyclop. des Sc. Méd.
- A. Lemarchand.* — Des oreillons chez le soldat (Thèse Paris, 1876).
- Lereboullet.* — Atrophie testiculaire consécutive à une orchite ourlienne (Soc. méd. des hôpitaux), Union méd., 1878.
- Loignet.* — Des lésions des divers organes et appareils dans les oreillons (Union médic., avril 1885).
- Ménière.* — Surdité bilat. et complète à la suite des oreillons (Revue de laryngologie, 1887).
- Monin.* — Pathogénie et étiologie des oreillons (Th. Paris, 1877).
- Nimier* — De la récidence des oreillons (Arch. de Méd., juillet 1883).
- Notaris.* — Des péricardites secondaires, péricarde ourlienne (Th. Montpellier, 1887).
- Ollivier.* — De la contagiosité et du contagement des oreillons (Revue des Maladies de l'enfance, juillet 1885).
- Pinet.* — Etat de nos connaissances sur l'affection ourlienne. Th. Paris, 1878.
- Penet.* — Des oreillons, leçon clinique. (Province méd., juin 1889).
- Plagneux.* — Sur une épidémie d'oreillons observée à Rochefort. (Th. Paris, 1885).
- Renard.* — Note sur l'albuminurie et les oreillons. (Arch. de méd. milit., sept. 1885).
- Sallaud.* — Oreillons, de leur nature et de leurs prétendues métastases. (Th. Montpellier, 1868).
- Sarda.* — Sur quelques complications rares des oreillons. (Montpellier médical, juin 1888).

- Sorel.* — Contribution à l'étude de la thermométrie clinique de la fièvre dans l'orchite symptomatique des oreillons. (Rev. méd. et chir. milit., 1877).
- Sorel.* — Sur quelques particularités observées dans le développement des oreillons. (Rev. mens. de méd. et chir., avril 1877).
- Tédenat* Contribution à l'étude de l'orchite ourlienne. (Montpellier méd., 1885).
- Trousseau.* — Arch. gén. de méd. (1854.) Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
- Viéla.* — Des oreillons examinés principalement au point de vue de la fièvre. (Th. Paris, 1886).

Vu : Le Président de la Thèse :

PROUST.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Vice-Recteur : *l'Inspecteur d'académie,*

LÉON ROBERT.

